

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LA
CHEILOPLASTIE
CONSÉCUTIVE A L'ABLATION DU CANCER DES LÈVRES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1889

PAR

FRIANT (Hubert-Emmanuel)

Né le 8 octobre 1865, à Dieuze (Meurthe)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AIDE D'HISTOLOGIE. — LAURÉAT DE LA FACULTÉ

Examineurs : { MM. GROSS, *Président*.
HEYDENRICH, professeur.
BARABAN, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1889



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0056

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LA
CHEILOPLASTIE

CONSÉCUTIVE A L'ABLATION DU CANCER DES LÈVRES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1889

PAR

FRIANT (Hubert-Emmanuel)

Né le 8 octobre 1865, à Dieuze (Meurthe)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AIDE D'HISTOLOGIE. — LAURÉAT DE LA FACULTÉ

Examineurs : { MM. GROSS, *Président*.
HEYDENRICH, professeur.
BARABAN, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES O ✱, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES O ✱, I O,

V. PARISOT ✱, I O, HERRGOTT ✱, I O, ROUSSEL ✱, I O, DEMANGE ✱, I O, BÉCHET, I O

Matière médicale et Thérapeutique.....	M. COZE ✱, I O, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT ✱, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ ✱, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, A O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, A O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et accouchements....	{ M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
	{ M. E. PARISOT, A O, professeur adjoint.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, agrégé, chargé du cours.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.

COURS ANNEXES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. GUÉRIN.	MM. SIMON.
ROHMER, A O.	RENÉ, A O.	REMY.
BARABAN, A O.	NICOLAS.	P. PARISOT.
BAGNÉRIS, A O.	VAUTRIN.	

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✱, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

RECONNAISSANCE FILIALE

A MON FRÈRE

PROFONDE AFFECTION

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ

A MES CHEFS DE L'HOPITAL MILITAIRE

INTRODUCTION

Des différentes affections organiques, qui frappent les lèvres, il n'en est pas de plus fréquente que le cancroïde et, malheureusement, sa fréquence n'a souvent comme rivale que sa malignité. La chirurgie n'est cependant pas désarmée contre cet ennemi ; elle lutte contre lui avec espérance toujours et succès souvent ; mais pour cela, elle a continuellement besoin de multiplier ses armes, de modifier, d'augmenter ses ressources et ses moyens. Il n'est rien, en effet, de plus variable que l'aspect, la forme et l'étendue que présente le cancroïde des lèvres.

Tantôt, soucieux et soigneux de sa personne, le malade vient demander conseil pour une tumeur encore petite, qu'il n'a remarquée que depuis peu ; ici, le remède est facile et les procédés ne manquent pas, qui permettront au chirurgien de supprimer le mal, sans crainte de difformité pour l'avenir.

Mais que de gens, des campagnards surtout, durs à eux-mêmes, ne viennent demander secours au chirurgien, qu'après avoir laissé au mal le temps de prendre de larges et profondes racines dans l'organisme. C'est alors que s'imposent ces sacrifices étendus de substance, dont la cheiloplastie doit supprimer ou, du moins, pallier les funestes conséquences, au point de vue fonctionnel comme esthétique.

Ce sont ces cas, qui nous ont frappé pendant que nous suivions les leçons de M. le professeur Gross, dans sa clinique chirurgicale. Notre attention a été attirée par les difficultés spéciales qui s'offrent alors à l'opérateur.

Obéissant à l'intérêt, qu'ont éveillé en nous les procédés mis en pratique dans ces circonstances, sur lesquels on a peu insisté jusqu'ici, nous avons cru utile de les présenter, dans notre travail inaugural, à côté de ceux, qu'ont utilisés quelques autres chirurgiens, dans de pareils cas.

Notre but d'ailleurs est modeste ; notre intention n'est pas de décrire ici de nouveaux procédés. Ceux qui sont aujourd'hui connus sont assez nombreux ; en inventer d'autres ne serait peut-être pas faire œuvre de grande utilité. Il faut avant tout demander à ceux, qu'on possède, tout ce qu'ils peuvent donner. Là où un procédé ordinaire ne suffit pas, on peut, en le combinant à un autre, vaincre heureusement la difficulté.

Ces combinaisons de procédés deviennent une

nouvelle source de richesse à laquelle la cheiloplastie peut, croyons-nous, puiser abondamment : c'est là l'idée qui plane sur cet humble travail.

Voici le plan que nous nous sommes tracé : Dans un premier chapitre, nous donnerons un aperçu historique de la cheiloplastie.

Le deuxième chapitre sera consacré à quelques courtes considérations sur le cancer labial.

Nous nous arrêterons, dans le troisième chapitre, plus spécialement à l'ablation au bistouri et à l'autoplastie consécutive.

Dans le chapitre IV nous présenterons un ensemble des différents procédés de cheiloplastie, et nous essaierons d'en donner une classification. Nous donnerons là une large part à un genre de procédés sur lesquels nous tenterons de jeter un jour un peu nouveau.

Nous terminerons par quelques conclusions.

La complaisance, avec laquelle M. le professeur Gross a mis ses matériaux à notre disposition, et la bienveillance, qu'il nous a témoignée en nous guidant de ses précieux conseils et en acceptant la présidence de notre thèse lui assurent notre sincère gratitude.

Nous avons aussi une dette de reconnaissance à acquitter vis-à-vis de M. le professeur agrégé Baraban, près de qui, dans nos études, nous avons toujours rencontré l'intérêt le plus sympathique, durant les deux années, que nous avons passées dans son laboratoire.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE

La cheiloplastie, qui aujourd'hui, a conquis, dans le vaste domaine de l'anaplastie, une place aussi belle et plus étendue que la rhinoplastie, est-elle, dans ses origines, sœur de cette dernière ? Est-elle sortie de l'imagination des peuples indiens et plus particulièrement, de celle des prêtres et des membres de la caste des potiers (Koomas), à cette époque où régnait la coutume barbare de châtier les coupables et de se venger des ennemis, en leur coupant le nez, les oreilles et les lèvres ? Les recherches historiques faites à ce sujet ne permettent pas de l'affirmer. Cependant, d'après des relations anglaises, remontant à la fin du siècle dernier et citées par Carpue, un indien se serait offert à réparer les lèvres d'un dignitaire anglais, en déclarant que cette profession était héréditaire dans sa famille. Il est donc permis de supposer que la cheiloplastie, sans briller dans l'Inde de l'éclat de la rhinoplastie, a été menée de front avec cette dernière par les mêmes opérateurs.

Celse, qui vivait au premier siècle de notre ère, est le premier auteur, qui fasse nettement mention de l'art de restaurer les lèvres.

Dans son traité intitulé : « De re medicâ » il indique un procédé, qui est resté l'un de ses titres et les incisions libératrices, qu'il recommande, sont encore aujourd'hui connues sous son nom, dans les travaux de chirurgie.

Dans le siècle suivant, Gallien parle aussi de l'art de réparer les lèvres; mais il semble ne s'occuper que du bec-de-lièvre, alors qu'avant lui, Celse avait déjà compris dans ses descriptions, la cure du cancer des lèvres.

Un écrivain arabe du XI^e siècle, Albucassis, ne parle non plus dans ses œuvres que de la division des lèvres. Encore ne paraît-il même pas distinguer entre les divisions accidentelles et congénitales, dans les méthodes de restauration qu'elles comportent.

Durant un intervalle de deux siècles, la cheiloplastie partagea l'oubli et l'indifférence, dont fut l'objet l'anaplastie en général, de la part du plus grand nombre des chirurgiens.

Ce sont les Branca, empiriques siciliens du quinzième siècle, qui remirent au jour la restauration des lèvres, en imaginant la méthode générale d'autoplastie restée dans la science sous le nom de méthode italienne.

Antoine Branca, le second de cette famille célèbre dans l'histoire de l'anaplastie, étendit aux lèvres mutilées les procédés, que son père n'avait appliqués jusqu'alors qu'au nez; il obtint dans cette voie quelques succès, mais les difficultés

inhérentes à sa méthode générale d'anaplastie, l'empêchèrent de faire école et furent cause de l'oubli et même du mépris où tombèrent ses procédés. Peut-être d'ailleurs n'avait-il pas été très bien compris par les hommes éminents, que l'on est surpris de rencontrer parmi ses détracteurs ?

Le seizième siècle fut un siècle heureux pour la cheiloplastie ; c'est à cette époque, en effet, que Franco, chirurgien provençal, inventa la méthode dite française, grâce à laquelle naissait l'aurore d'une ère nouvelle, féconde pour la chirurgie autoplastique.

Tagliacozzi, dans la seconde moitié du seizième siècle, remit en honneur la pratique de Branca. Il fut même accusé d'avoir tenté d'en revendiquer l'invention. Rigaud, dans l'analyse qu'il a faite de son travail, a montré l'importance et le mérite de l'œuvre de cet auteur.

Nous citerons ici Guillemeau, Paul Barbette, Thévenin, tous chirurgiens qui se sont occupés de l'art de la restauration des lèvres. Mais à cette époque, les résultats n'étaient pas encore très heureux et, souvent, on était obligé de demander secours à la prothèse mécanique, pour compléter les résultats obtenus avec le bistouri.

C'est enfin au commencement de ce siècle avec Chopart, Carpue, Lynn, Delpech, Roux de Saint-Maximin, Blandin, Malgaigne, Dieffenbach, Serre de Montpellier, et nombre d'autres illustres chirurgiens, que la cheiloplastie a conquis dans

ses applications et ses résultats, sa préséance sur les autres opérations anaplastiques, préséance qui n'a fait que se confirmer et que l'avenir ratifiera encore.

Nous venons de jeter un coup d'œil rapide sur l'histoire de la cheiloplastie, depuis le moment, où elle s'ébauche dans de timides et infructueux essais, jusqu'à la fin de ce dix-neuvième siècle, où elle semble briller de tout son éclat. Il nous en reste cette impression qu'elle est une conquête moderne de la chirurgie et nous pouvons ajouter que la chirurgie française a certainement la plus belle part de gloire dans cette conquête, car les progrès ont suivi pas à pas la marche de la méthode française devant laquelle se sont inclinées les méthodes italienne et indienne et que les praticiens français surtout ont portée à sa perfection.

CHAPITRE II.

Entre les diverses parties du visage, et même, chez l'homme, entre toutes les régions de l'organisme, les lèvres sont le siège de prédilection du cancer. Fait bizarre, la femme, excessivement sujette au cancer de la mamelle et de l'utérus, échappe presque à celui des lèvres. Sur 67 cas de cancer labial, réunis par Winiwarter, quatre seulement ont trait à des femmes. Ce qui donne la proportion d'une femme pour 16 hommes. Ce cancer semble donc être le triste apanage du sexe masculin.

Il n'atteint pas indifféremment les deux lèvres l'une comme l'autre. Dans les statistiques de Bonn, sur 256 cas, quinze fois seulement il siégeait à la lèvre supérieure. Les faits, dont nous avons été témoin, confirment d'ailleurs ces données sur sa fréquence relativement au sexe et à la lèvre atteinte.

Notre intention n'est pas d'insister ici sur les causes de la fréquence de ce cancer chez l'homme. L'étiologie du cancer labial ne paraît pas d'ailleurs mieux élucidée que celle du cancer en général. On ne peut rejeter *à priori* l'hérédité, qui a été constatée bien sérieusement dans un dixième des cas en moyenne.

Mais cette hérédité ne peut guère expliquer que la prédisposition au cancer. Pourquoi dès lors une telle différence de localisation pour les deux sexes ?

Des causes secondaires jouent donc ici un rôle important. Ces causes secondaires sont toutes les causes d'irritation, qui peuvent atteindre les lèvres, organes superficiels de l'organisme, causes mécaniques, thermiques et chimiques dans lesquelles l'habitude de fumer tiendrait une si large part, d'après bien des auteurs et Bouisson en particulier.

Peu fréquent jusque trente ans, le cancer des lèvres se rencontre surtout au delà de cet âge et d'après les statistiques de Lortet (Lortet, *thèse inaugurale*), c'est entre 50 et 60 ans qu'il a son maximum de fréquence.

Il naît généralement entre le milieu de la lèvre et la commissure de la bouche, rarement il apparaît sur la ligne médiane ; quelquefois il débute au niveau de la commissure.

C'est tantôt sous la forme d'une petite ulcération qu'il se présente au début, ulcération entourée d'une base d'induration et qui va s'agrandissant de jour en jour ; tantôt c'est sous forme de végétations qu'il envahit les tissus environnants et il ne s'ulcère qu'à une période avancée de son accroissement : de là les deux grandes classes cliniques d'épithéliomas, les uns végétants, les autres ulcéreux. Dans cet envahissement des tissus voisins,

il est précédé d'une sorte d'infiltration embryonnaire, de poussées cellulaires en forme de boyaux, qui se glissent entre les éléments normaux, au sein de parties en apparence indemnes.

Thiersch a montré, dans des coupes faites sur toute l'épaisseur de lèvres envahies par le cancer, qu'autour de ce dernier, sous une peau d'aspect absolument sain, tantôt il existe de petits îlots de cellules, avant-coureurs du néoplasme, tantôt on rencontre les glandes sudoripares ou sébacées modifiées et irritées, tandis que leurs cellules sont en voie de prolifération active.

Cornil et Ranvier ont insisté également sur ces faits.

C'est là précisément ce qui donne un intérêt capital à la pratique de Tiersch, d'après qui on doit toujours rester dans toute ablation à un centimètre au moins de la tumeur.

Cette infiltration ne se limite pas à une infiltration de contiguïté. Les ganglions en rapport avec la région envahie reçoivent les éléments septiques charriés par la lymphe et ils deviennent une menace de généralisation rapide, si le chirurgien ne les englobe pas dans son extirpation. Nous pouvons ajouter que les trainées lymphatiques, allant de la tumeur aux ganglions, seraient utilement extirpées, si l'on ne craignait de trop grands délabrements opératoires.

Quelle que soit d'ailleurs sa forme clinique, quel que soit son genre au point de vue histologique,

ses progrès, plus ou moins rapides, il est vrai, sont fatals ; il est nécessaire de les enrayer.

En présence d'un cancer, il y a, croyons-nous, une double indication d'intervenir :

La première, la seule à laquelle obéit en général le chirurgien, est la nécessité de délivrer un homme d'un mal qui ne pardonne pas, dont la marche envahissante n'est arrêtée, souvent même simplement entravée, que par sa main.

La seconde est moins importante, si l'on veut ; mais il ne faut pas cependant la rejeter si loin ; la question d'esthétique, qui, seule, ne légitimerait peut-être pas une intervention, ne doit pas laisser le chirurgien indifférent. Il ne saurait oublier qu'il va rendre à la vie commune un individu que sa difformité tenait éloigné de ses semblables. « Le monde est dur à la laideur, dit Verneuil (*Dict. encyclop.*, art. *Anaplastie*) ; au lieu de compatir aux disgrâces de la nature, il punit ces tares par l'ironie, le dédain ou le soupçon. Il n'est guère de chirurgien qui n'ait vu venir à lui quelque infortuné de ce genre, implorant comme un bienfait une opération réparatrice, désolé, si on la lui refuse, menaçant même alors d'attenter à ses jours. »

Avant d'appartenir, presque exclusivement, au domaine de la chirurgie, la cure du cancer a appartenu à celui de la thérapeutique médicale. Il est encore aujourd'hui de pratique courante, pour bien des médecins, d'appliquer, sur un cancroïde, un caustique destiné à le détruire. Ce procédé peut

certainement procurer des succès dans certains cas, et, s'il n'est plus mis en usage, c'est que le bistouri offre beaucoup plus de rapidité et moins de douleur dans son application.

De tous les autres remèdes utilisés en thérapeutique contre le cancer, le chlorate de potasse est le seul, qui ait encore conservé quelque crédit.

Imaginées par Tedeschi, utilisées par Bergeron à qui elles procurèrent quelques succès, les applications de chlorate de potasse ont été remises en honneur par M. Reclus dans ces dernières années. Ce chirurgien a constaté et rappelé, en fournissant de nouveaux exemples à l'appui, l'action en quelque sorte spécifique du chlorate de potasse sur le cancer. Il reconnaît néanmoins qu'il cède toujours le pas au bistouri, et il réserve son application aux épithéliomas nés sur la peau et non sur les muqueuses, dans les cas où, en raison de la pusillanimité du malade, de son âge, etc..., on reculerait devant une intervention sanglante.

CHAPITRE III

TRAITEMENT CHIRURGICAL

La méthode de choix dans la cure du cancer labial, est l'ablation au bistouri.

Quelques chirurgiens ont essayé d'utiliser le thermocautère, mais cette pratique est tombée, en raison des immenses avantages, qu'offre le bistouri.

Ce dernier, en effet, laisse des surfaces nettes et cruentes, dont l'affrontement ultérieur est facile.

D'autre part, il permet de circonscrire, avec sûreté, les limites du mal. Le chirurgien ne doit pas, en effet, perdre de vue que son but principal est de faire une extirpation radicale et complète. C'est pour cela, que Tiersch donne le conseil de se tenir en circonscrivant la tumeur à 1 centimètre au moins de ses bords. Il est vrai qu'il serait peu adroit, par un excès de précautions, de se priver de parties saines, dont l'utilité sera plus tard d'une valeur incalculable. Mais nous avons déjà attiré l'attention sur ces traînées cellulaires, que le microscope seul découvre et qui ne se révèlent microscopiquement d'aucune manière. Ces traînées, qui précèdent le cancer dans sa marche sont la cause la plus fréquente des récidives et l'inter-

vention chirurgicale reste vaine, si un seul point suspect échappe au bistouri.

Le chirurgien prudent suivra donc scrupuleusement le conseil de Tiersch. La tumeur sera largement extirpée, sans préoccupation aucune de la forme et de la direction des incisions ; les ganglions envahis seront aussi rigoureusement enlevés à l'aide d'incisions, qui pourront jouer avantageusement le rôle d'incisions libératrices, dans l'opération autoplastique consécutive.

En 1849, dans son *Traité de chirurgie plastique*, Jobert de Lamballe disait : « Le temps n'est pas encore très éloigné où l'on sacrifiait les tissus des lèvres, sans avoir le moyen de prévenir les pertes continuelles de salive, l'amaigrissement et le dégoût, qu'inspirent les malades dont les mâchoires sont dégarnies et les dents à découvert ». Nous ne voulons pas insister sur la situation malheureuse, où laisserait un homme l'ablation d'un cancer des lèvres, non suivie d'une opération autoplastique. Bouisson et d'autres chirurgiens ont montré le beau rôle, échu à la cheiloplastie dans ces circonstances ; son rôle esthétique au point de vue de la forme et son rôle utilitaire au point de vue des fonctions. Nous ne nous y arrêterons pas davantage.

La restauration de la lèvre s'impose ; mais elle offre naturellement des obstacles et des difficultés variables.

Elle est souvent fort simple, grâce à une mode

de propagation du cancer qui est fréquent. Ce dernier envahit, il est vrai, petit à petit, le bord libre de la lèvre, mais, en même temps, il gagne vers le menton. Cette disposition se prête avec facilité à une simple excision en V qui embrasse la tumeur dans ses deux branches.

Par contre, la cheiloplastie met quelquefois à une rude épreuve l'imagination et l'ingéniosité du chirurgien. Rigaud, dans sa thèse de concours, a particulièrement insisté sur les circonstances, qui peuvent accentuer les difficultés d'une cheiloplastie, et c'est à lui que nous empruntons la plus large part des idées, que nous émettons ici.

Nous grouperons les causes, qui peuvent influencer sur une cheiloplastie, sous divers chefs. Parmi ces causes, deux ont une importance première, ce sont l'étendue de la perte de substance et la nature des lambeaux autoplastiques ; secondairement nous parlerons de l'âge de l'opéré et de la possibilité d'un prognathisme.

Étendue de la perte de substance.

Il est hors de doute que la difficulté d'une cheiloplastie dépend avant tout de l'étendue des parties, qui font défaut et par conséquent, pour ce qui nous occupe, de l'envahissement du cancer.

Il est inutile d'insister pour montrer que l'ablation en V d'une minime partie de la lèvre, perte

que le simple rapprochement des tissus suffira à cacher, n'est pas à comparer avec le sacrifice de la lèvre entière dans sa hauteur et sa largeur.

Si la tumeur a envahi l'une ou l'autre des commissures, un obstacle nouveau se dresse. Il faut par un moyen quelconque empêcher le développement, au niveau des commissures de la nouvelle lèvre, de bourgeons charnus qui, en se fusionnant, pourraient amener le rétrécissement de la cavité buccale. Il est donc nécessaire ici d'avoir à sa disposition un lambeau pourvu de muqueuse, ce qui, nous le verrons, n'est pas toujours possible.

Le sacrifice d'une commissure est toujours, d'ailleurs, une condition plutôt défavorable au résultat final de l'opération, car la perte de cette partie de la bouche supprime l'insertion des muscles, qui donnent à celle-ci sa mobilité.

Dans certains cas, le néoplasme a envahi non seulement la commissure, mais encore la lèvre supérieure ; la joue même souvent n'est pas épargnée ; l'opération autoplastique consécutive à une telle lésion prend dès lors un caractère spécial de complexité. La cheiloplastie se double d'une génoplastie. Il est certain qu'alors, l'utile prime l'agréable et devient le seul idéal du chirurgien. Il n'est plus possible d'espérer conserver à la face sa physionomie primitive et son jeu passionnel. Si l'opérateur a réussi à sauvegarder la fonction, il s'estimera heureux car le sacrifice de la forme s'impose dans de tels cas.

C'est encore ce qui arrive quand le néoplasme n'a pas respecté la charpente osseuse de la mâchoire. Suivant l'étendue de l'infiltration épithéliale, il devient nécessaire soit de pratiquer le raclage de l'os, l'ablation de la tablette externe ou même la résection partielle du maxillaire. L'opération prend, dans ces cas, une importance et une gravité nouvelles. Il est toujours utile ici d'enlever plutôt trop que pas assez dans le maxillaire. Cette pratique a pour effet de donner plus de marge aux parties molles, largement détruites, et laisse à l'opéré une garantie de plus contre le retour du mal.

Nature des lambeaux.

L'étendue des lésions est indirectement la source de nouvelles difficultés. Elle a naturellement pour effet de limiter le nombre des régions, auxquelles le chirurgien peut emprunter ses lambeaux, et le choix de ces lambeaux n'est pas indifférent au résultat autoplastique.

Quelles sont donc les régions voisines des lèvres qui offrent les meilleurs éléments de réparation !

Nous ne parlerons pas ici des régions éloignées, auxquelles l'autoplastie italienne s'adresse, car ainsi que nous l'avons déjà dit, c'est à la méthode française presque uniquement que les chirurgiens ont eu recours, même dans les cas difficiles.

A. *Lambeaux géniens*. — Ce sont, sans contredit, les joues qui forment, par excellence, la région de choix des lambeaux, et cela pour une série de motifs tous fort précieux.

Elles présentent, en premier lieu, une structure anatomique, qui rappelle, de tous points, celle des organes à remplacer ; la peau, le tissu cellulaire et les muscles y sont représentés dans une proportion, qui leur donne, à peu près, l'épaisseur, la consistance et la fermeté de la lèvre. Leur face interne est recouverte d'une muqueuse dont le rôle est fort important, comme nous le verrons.

Une circonstance non moins en faveur de la région génienne est sa richesse en vaisseaux sanguins. L'expérience a fait justice des idées de Dieffenbach, pour qui un excès de vascularisation devenait une cause de gangrène. Le chirurgien de Berlin étant dans une erreur profonde et si, dans quelques-unes de ses cheiloplasties, il a eu quelques cas de gangrènes c'est plutôt en raison de l'habitude qu'il avait de sectionner, dans le pédicule de son lambeau, le vaisseau principal qui s'y trouvait. Aujourd'hui, loin d'imiter cette pratique, les chirurgiens cherchent, au contraire, à conserver dans leur lambeau une artériole qui assurera la vitalité de ce dernier.

Enfin, il est encore un avantage qu'offre la joue : c'est qu'elle se trouve à la même hauteur que les lèvres. Tous les chirurgiens, qui se sont occupés de cheiloplastie, ont été frappés de la tendance con-

stante des lambeaux à se rétracter de leur bord libre vers leur bord adhérent, tendance d'autant plus marquée que ce dernier est situé plus bas que le premier. C'est là l'une des causes du discrédit, dont sont frappés, pour nombre de chirurgiens, le procédé de Chopart et ceux qui s'en rapprochent.

La rétraction d'un lambeau à pédicule latéral est moins marquée; en tout cas, elle n'a pas pour effet immédiat de découvrir des parties, comme les dents et les gencives, que l'on s'était proposé de voiler.

Ce point acquiert une nouvelle importance, dans ces cas où, en raison des sacrifices de tissu nécessaires, on n'a pu donner aux lambeaux ce léger excès de dimensions, que le chirurgien prévoyant destine à compenser la rétraction normale.

En passant, nous pouvons signaler un détail : c'est qu'une bonne partie de la joue présente des poils qui peuvent reconstituer une barbe et une moustache et voiler plus tard la trace des incisions cutanées.

La région génienne semble donc réunir le plus d'avantages, pour les lambeaux destinés à une cheiloplastie. C'est à elle que le chirurgien s'adresse de préférence quand le choix de ses lambeaux est entièrement en sa main.

Mais la région génienne peut être envahie par le cancer; elle est d'autre part insuffisante quelquefois à fournir tous les éléments de la répara-

tion autoplastique. En ce cas, nécessité fait loi, et c'est ici l'occasion de prendre son bien là où on le trouve.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la lèvre supérieure à laquelle quelques chirurgiens ont emprunté quelquefois, comme Stein et Sédillot. Elle est incapable de fournir un lambeau de dimensions sérieuses; l'idée de Stein est peut-être plus originale que pratique.

B. Lambeaux mentonniers et cervicaux. — Les régions mentonnières et cervicales sont également mises souvent à contribution dans les cheiloplasties. Elles sont, d'ailleurs, loin de présenter les mêmes avantages que la région génienne. Nous trouvons encore ici, il est vrai, une peau couverte de poils, soutenue par un système musculaire développé. Mais pour mobiliser les lambeaux, il sera nécessaire de les séparer avec le bistouri des parties sous-jacentes. La présence des muscles assurerait peut-être à la nouvelle lèvre une mobilité, que l'habitude pourrait modifier heureusement, mais la surface cruenta interne va nous priver de cet avantage et sera la source d'une foule d'ennuis. L'adhérence des gencives à la nouvelle lèvre, avec ses désagréables conséquences, sera presque inévitable et le bord rosé de la lèvre fera défaut. La nutrition du lambeau, quoique moins assurée que dans le cas de lambeau génien, est encore suffisante, mais son épaisseur et sa consistance laissent à désirer. Enfin la situation souvent

inférieure du pédicule aggrave encore les conditions défavorables de la cheiloplastie. C'est la chute presque fatale du lambeau, à plus ou moins bref délai, qui a conduit Létievant à apporter au procédé de Chopart une modification, dont les résultats n'ont pas répondu à ses espérances. C'est pour remédier à cette même chute que Langenbeck et Wolkmann ont imaginé leur éperon de soutien et Ollier son pont sus-hyoïdien, avec îlot mentonnier d'arrêt.

Nous insisterons ici sur l'inconvénient capital peut-être, qui pèse sur ces lambeaux : à savoir l'absence de surface muqueuse interne. Il en résulte, avons-nous dit plus haut, presque fatalement, l'adhérence de la nouvelle lèvre avec la face antérieure des gencives et de plus la lèvre ne présente pas son bord rosé naturel. Ce dernier résultat n'a qu'un désavantage esthétique, mais le premier entraîne l'obstruction du sillon gingivolabial où s'accumule normalement la salive incessamment sécrétée. Par suite, cette dernière s'échappe continuellement de la bouche, ce qui constitue une infirmité repoussante et fort nuisible pour le malade, au point de vue de la nutrition. Aussi les chirurgiens se sont-ils efforcés de vaincre cette difficulté toute spéciale. C'est le but que poursuivait Delpech, quand, appliquant la méthode indienne, il repliait son lambeau sur lui-même, afin de mettre en contact, avec la surface épithéliale des gencives, une surface épidermique

empruntée à la région du cou. Il espérait qu'à la longue, à la suite des contacts répétés, l'épiderme ferait, peu à peu, place à un épithélium pavimenteux, objet de ses désirs. Ses espérances furent trompées, mais il reste à Delpech tout le mérite d'avoir montré l'importance d'une surface muqueuse à la face interne du lambeau et d'avoir, le premier, cherché à l'obtenir.

Verneck et Dieffenbach se sont disputé l'honneur d'avoir, quand la muqueuse existe, montré l'avantage qu'il y a de pratiquer les incisions, en empiétant sur la surface cutanée, ce qui permet de ramener la muqueuse sur le bord libre de la nouvelle lèvre, au moyen d'une suture cutanéomuqueuse.

Serre de Montpellier avait cru remarquer que la muqueuse des lèvres échappait fort souvent à l'envahissement néoplasique, aussi donnait-il le conseil de détacher cette muqueuse de la face interne de la tumeur, pour l'accoler au lambeau. Malheureusement, cette pratique ne saurait être suivie car, contrairement à l'opinion du chirurgien de Montpellier, la muqueuse n'échappe en aucune façon à l'infiltration cancéreuse et la conserver pour l'utiliser comme il l'indiquait, serait greffer le mal sur la nouvelle lèvre.

Cette idée de Serre a été reprise et modifiée par M. le professeur Léon Tripier; le chirurgien sacrifie la muqueuse, que Serre voulait conserver, mais il cherche à former un lambeaux muqueux,

en forme de pont, variable d'ailleurs dans sa position suivant les lambeaux taillés, et il l'amène sur la lèvre nouvelle où il l'utilise pour le bord libre et la surface interne. Les résultats obtenus par ce procédé nouveau ont été enregistrés dans la thèse de Gustave Imbert (1). Malheureusement, sur trois opérations, une seule a été suivie de succès, les deux autres ont donné une mortification de la muqueuse. Les preuves de cette méthode ne paraissent donc pas suffisantes encore.

Il est, avons-nous dit, d'autres causes qui, accessoirement, peuvent encore influencer sur la conduite du chirurgien dans une cheiloplastie.

Age de l'opéré. — Supposons que l'on soit en présence d'un vieillard, chez lequel le système dentaire est fort défectueux, et ne compte plus ni incisives, ni canines à la mâchoire inférieure. Cette circonstance est certainement plutôt heureuse pour l'opérateur, car elle lui permettra de faire l'économie d'une certaine longueur de lambeau, ce qui pourra lui être d'un grand secours.

D'ailleurs, chez les vieillards, les tissus présentent généralement une laxité spéciale, qui permet d'amener plus facilement les lambeaux au contact les uns des autres. Chez l'adulte, ces légers avantages disparaissent; il y a généralement une belle rangée de dents, que la lèvre nouvelle doit recou-

(1) Thèse de Lyon, 1883.

vrir ; les tissus d'autre part, sont plus fermes, plus résistants et se prêtent moins au cheminement des lambeaux.

Ainsi l'âge doit entrer en ligne de compte dans les calculs, que peut avoir à faire un opérateur, sur la direction et la longueur des lambeaux en face d'une cheiloplastie difficile.

Prognathisme. — Enfin, il est une conformité spéciale de la mâchoire, qui devient une cause de complication : c'est le prognathisme. Cette saillie en avant de la mâchoire inférieure et de la supérieure, a été signalée par Bouisson comme pouvant nécessiter des sacrifices de tissus plus étendus qu'on ne s'y attend. « Il est, dit le professeur de Montpellier, un cas, sur lequel l'attention s'est peu portée et que nous avons rencontré plusieurs fois dans notre pratique. C'est la saillie anormale du menton et du rebord inférieur du maxillaire, un véritable prognathisme, transformé en obstacle pour la migration des lambeaux ».

Comme le fait encore remarquer Bouisson, si on rencontre à la fois cette disposition et des tissus se prêtant mal au cheminement, à l'élongation des lambeaux, la difficulté devient sérieuse ; il est alors nécessaire de se résoudre à opérer des décollements considérables — qui mettent en jeu la vitalité des lambeaux — jusqu'à affrontement complet.

Peut-être est-il préférable d'imiter ici la con-

duite du chirurgien, dans l'amputation de la jambe dans la continuité. Afin que l'extrémité antérieure du tibia ne mortifie et ne perfore pas les téguments, par la pression, qu'elle exerce sur eux, il l'abat d'un trait de scie. Il faut ici agir de la même façon et ne pas hésiter à sacrifier une apophyse mentonnière trop accentuée, qui menacerait de provoquer une mortification partielle des lambeaux.

Nous ne savons si ce moyen, proposé par Bouisson, a été mis en pratique par lui. Nous nous permettrons, toutefois, de faire observer qu'en agissant ainsi, on risquerait fort d'enlever à l'apophyse geni sa base de sustentation et de supprimer ainsi l'action de muscles fort utiles.

CHAPITRE IV.

PROCÉDÉS DE CHEILOPLASTIE.

Il est généralement d'usage de présenter les procédés de cheiloplastie, en les groupant d'après les méthodes générales, auxquelles ils appartiennent. Nous avons cependant cru devoir, ici, rompre avec la tradition et en voici les motifs. Nous voulons, dans cette partie de notre travail, nous placer en dehors des considérations théoriques et nous occuper surtout du point de vue pratique. Nous nous sommes mis à la place du chirurgien, qui, en face d'un cancer labial, tient pour son premier devoir d'enlever radicalement la tumeur; puis, celle-ci enlevée, se trouve devant une perte de substance, devant une mutilation d'organe, qu'il veut réparer de son mieux. Il n'est pas, croyons-nous, très rationnel de déterminer, de préciser à l'avance un procédé de cheiloplastie, qu'on va appliquer à une perte de substance, qui n'existe pas encore. On peut juger, sans doute, avant l'opération, de la forme, qu'aura cette dernière; mais ce n'est pas une vue de l'esprit de croire que, souvent, cette habitude de préjuger de la forme et de la di-

rection des incisions peut devenir la cause de mécomptes. Conduit par une idée préconçue, le chirurgien, sans l'apercevoir quelquefois, sacrifiera des parties saines, et, chose plus grave, pourra laisser, en dehors de son bistouri, des prolongements du néoplasme. C'est, pour lui, une double source d'ennuis, car, d'une part, plus la perte de substance est considérable, plus la beauté du résultat autoplastique est compromise, et d'autre part, l'infiltration cancéreuse des lambeaux détruira promptement l'œuvre de réparation.

Conduit par ces idées sur la manière d'opérer et d'agir, nous adopterons ici un ordre nouveau, dans l'exposé des nombreux procédés, qui se partagent le domaine de la cheiloplastie. Nous prendrons, pour nous diriger dans cet exposé, la forme de la perte de substance, qui résulte de l'ablation de la tumeur, et, vis-à-vis de chacune de ces formes, nous placerons tous les procédés, qui paraissent le mieux remplir les conditions de circonstances de la cheiloplastie.

La forme de l'exérèse est simple ou irrégulière. Elle est simple, c'est-à-dire qu'elle représente une figure géométrique ordinaire, comme un triangle, un quadrilatère, une moitié d'ellipse.; ou elle est irrégulière c'est-à-dire qu'elle a la forme d'un polygone irrégulier par exemple. De là, deux grandes classes de procédés les uns dits simples, s'appliquant au premier cas, les autres dits complexes, s'appliquant au second.

PREMIÈRE CLASSE DE PROCÉDÉS

Procédés simples.

Suivant les trois grandes formes simples de l'exérèse, ces procédés constituent trois groupes.

La forme de la perte de substance est :

Ou triangulaire,

Ou quadrilatère,

Ou oblongue.

PREMIER GROUPE.

La perte de substance a une forme triangulaire.

Procédé de Celse (Fig. I). Il consiste à circonscrire la tumeur dans les branches d'une excision en V, puis à rapprocher et à suturer les deux lèvres de la plaie, grâce à la laxité des tissus.

Il trouve son indication, quand la tumeur est fort peu étendue. Lorsque les tissus se prêtent peu à l'extension et au rapprochement des lambeaux, on a recours aux incisions libératrices de Celse ou de Guillemeau et Thévenin. Le premier les faisait sur la joue, au-devant des masséters, et leur donnait une forme courbe à concavité tournée vers la bouche. Ceux-ci les faisaient droites et parallèles aux branches du V de l'excision. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que l'extirpation d'une tumeur s'accompagne presque toujours de celle des ganglions envahis et les incisions, faites

dans ce but, servent généralement à merveille d'incisions de détente.

Procédé de Hoorn. (Fig. II.) — Hoorn a voulu appliquer ce même procédé de Celse aux tumeurs assez étendues de la lèvre. Dans ce but, il donnait au V de son excision une grandeur suffisante, pour qu'on puisse éviter tout bourrelet en rapprochant les lambeaux et obtenir une cicatrice parfaitement linéaire.

Mais ce procédé exige le sacrifice d'une notable partie de tissus sains, vers la pointe du V, et nous croyons qu'il serait avantageusement remplacé par un procédé en double V, que nous retrouverons parmi nos procédés complexes.

Nous avons vu Celse, Guillemeau et Thévenin suppléer à l'insuffisance de la laxité des tissus, par des incisions libératrices; dans certains cas, la détente, fournie par ces incisions, n'est pas suffisante; il est alors nécessaire, à l'aide d'incisions diversement agencées, de constituer des lambeaux, qui seront plus mobiles et se prêteront mieux à l'affrontement; c'est là seulement de l'autoplastie à proprement parler.

Le procédé, qui le plus simplement, avec une excision en V, procure deux lambeaux mobiles, est un procédé imaginé par Serre de Montpellier attribué souvent, et à tort, à Malgaigne, qui l'a décrit après lui.

Procédé de Serre. (Fig. III). — Serre pratique deux incisions latérales intéressant toute l'épais-

seur des joues et dirigées des commissures en arrière, jusqu'à quelques lignes des masséters. Ces incisions ont une légère courbe à convexité supérieure. Il détache, de la face antérieure du maxillaire, toutes les parties molles et obtient ainsi deux lambeaux triangulaires, dont le sommet répond à la commissure et qu'il rapproche pour les suturer sur la ligne médiane.

Ce procédé fait naître une difformité, qui, il est vrai, s'atténue à la longue, mais que les chirurgiens ont cherché à éviter autant que possible. La lèvre supérieure se trouve en effet ramassée sur la ligne médiane, proémine disgracieusement en avant et l'orifice buccal n'est plus qu'un trou irrégulier, surtout quand la base du V d'excision a compris presque toute la lèvre inférieure.

Procédé de Dieffenbach. — Le procédé de Dieffenbach permet en partie, d'échapper à cet écueil (Fig. IV). A l'extrémité des incisions commissurales de Serre, on tire une nouvelle incision parallèle aux côtés de la perte de substance. Cette nouvelle incision a pour effet de donner au lambeau une indépendance notable, vis-à-vis de la joue et de la lèvre supérieure, et, dans son mouvement de translation, il n'entraîne plus celle-ci vers la ligne médiane.

Procédé de Desgranges. — Desgranges (Fig. V), par une autre méthode, a cherché à obvier à ce même inconvénient. « La suture médiane achevée, » dit-il, le chirurgien, armé de ciseaux droits, dont

« il introduit une branche derrière la joue, coupe
« celle-ci dans toute l'épaisseur, en ayant soin que
« la section soit dans le même plan horizontal que
« le bord de la lèvre, ou, s'il n'en reste rien (de ce
« bord), dans le même plan que l'extrémité supé-
« rieure de la ligne médiane. Cette incision, de
« toute l'épaisseur de la joue, varie de 1 à 2 cen-
« timètres 1/2, suivant ce qu'on est tenu d'ajouter
« à l'ouverture buccale, pour avoir, une fois la
« restauration achevée, 6 centimètres au moins
« d'une commissure à l'autre. Le chirurgien, tou-
« jours armé de ciseaux, achève, par deux nou-
« velles incisions, de tailler un lambeau triangu-
« laire, qui doit être emporté; l'une de ces incisions
« part de l'extrémité externe de l'incision horizon-
« tale, remonte sur la joue verticalement, ou plu-
« tôt légèrement inclinée en avant, dans la direc-
« tion du pli naso-labial et s'arrête après un trajet
« de 12 à 15 millimètres; l'autre entame la lèvre
« au point, où finit le bord libre de la muqueuse,
« c'est-à-dire, à l'extrémité interne de la section
« horizontale, puis, elle vient, à l'extrémité de la
« précédente, compléter le triangle, qui doit laisser
« un vide.

« Par deux ou trois points de suture entortillée,
« on réunit les bords des incisions verticales, ce
« qui, du même coup, élargit la bouche et tend la
« lèvre supérieure de toute la base de triangle em-
« porté. Mais il faut avoir soin d'adapter réguliè-
« rement les deux lèvres de l'incision verticale,

« seul moyen d'obtenir une commissure régulière
« et de donner toute la largeur, que l'incision
« horizontale doit donner à la bouche. D'autre
« part, on est sûr, qu'en dépit du contact, la lèvre
« supérieure, garnie de sa muqueuse, et l'inférieure,
« saignante à son bord libre, resteront isolées »
(*Gazette hebdomadaire 1854*).

Jusqu'ici, les lambeaux obtenus sont dus à la prolongation de la base du triangle de la perte de substance. D'autres moyens s'offraient pour l'obtention de ces lambeaux.

Procédé de Syme. — Syme (Fig. VI) a imaginé de prolonger les incisions au sommet du V, d'une quantité égale à la hauteur de la perte de substance, de façon à obtenir une sorte d'X. Puis, de chaque extrémité inférieure de cet X, au-dessous du rebord du maxillaire, on fait partir une nouvelle incision, qui se dirige en dehors, soit parallèlement à la branche supérieure, soit dans la direction du bord de l'os, c'est-à-dire horizontalement. On obtient ainsi deux lambeaux latéraux, qu'on détache au bistouri, puis, par un léger mouvement de rotation, on les amène à la rencontre l'un de l'autre, de telle sorte que les deux branches supérieures de l'X viennent former le bord libre de la nouvelle lèvre, et les deux branches inférieures soient réunies sur la ligne médiane. Des points de suture entortillée traversent les deux bords de la plaie verticale et maintiennent tout en place.

Il reste, en bas et en dehors, de chaque côté du

menton, une petite plaie triangulaire, qu'on abandonne ou dont on suture les lèvres.

Procédé de Moutet (Fig. VII). — Moutet, professeur de clinique à Montpellier, a proposé, dans les cas, où le néoplasme n'a envahi qu'une partie de la lèvre inférieure, de n'utiliser en quelque sorte que la moitié du procédé de Syme, c'est-à-dire qu'il ne prolonge qu'une seule des branches du V. Ce procédé a son mérite, car il supprime des délabrements opératoires non en rapport avec les dimensions de la lésion.

Procédé de Laorden (Fig. VIII). — Le professeur Laorden, de Valladolid, a décrit un procédé, dans lequel il prolonge également l'une des branches du V d'excision; puis, de l'extrémité C de ce prolongement AC, il trace une incision CE, parallèle encore à l'autre branche de l'X, mais dirigée en sens contraire de celle de Syme. Il obtient ainsi un lambeau triangulaire BCE, qu'il détache et remonte à la place de la lèvre en BDE.

C'est, croyons-nous, cette forme triangulaire de la perte de substance, qui offre au chirurgien le plus de ressources au point de vue autoplastique. Tous les procédés, que nous venons de voir, même celui de Syme et ses dérivés, présentent des mérites, qui les rendent très-recommandables. Aucun n'exige de délabrements opératoires considérables; les lambeaux sont faciles à mobiliser et recouverts, la plupart du temps, de muqueuse. Leur vitalité est assurée par une base large et bien

vasculaire ; leur pédicule est toujours élevé, sauf dans le procédé de Dieffenbach ; toutes ces circonstances sont autant de garanties pour le maintien du résultat opératoire primitif, qui est toujours satisfaisant.

Nous donnons ici la relation d'une observation dans laquelle M. le professeur Gross eut l'occasion d'appliquer le procédé type de ce premier groupe : le procédé de Celse.

Observation I (*recueillie par le docteur Lenez*). — **Epithélioma de la lèvre supérieure, excision en V.** — **Guérison.**

L. François, âgé de 50 ans, journalier, entre à l'hôpital le 14 février 1887.

Ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. L'affection actuelle aurait débuté, il y a trois semaines, par un petit bouton de la grosseur d'une tête d'épingle, situé sur la partie moyenne de la moitié droite de la lèvre supérieure, du côté de la face muqueuse. Ce petit bouton était dur, absolument indolore ; mais il alla grossissant, s'étendit peu à peu sans jamais saigner. L'état général est resté excellent.

Etat actuel. Le malade présente sur la face muqueuse de la partie droite de la lèvre supérieure, vers sa partie moyenne, une petite tumeur, de la grosseur d'une noisette, arrondie, lisse, présentant un rudiment de lobulation, qui la diviserait en deux tumeurs secondaires. Elle occupe toute l'épaisseur de la lèvre, entre la muqueuse et le revêtement cutané, mais elle reste à trois ou quatre millimètres du bord labial et du repli gingivo-labial. La muqueuse est intacte au niveau de la tumeur, sauf en un point, qui présente une petite ulcération rosée de l'étendue d'une lentille et toute superfi-

cielle. La peau de la lèvre, au niveau de la tumeur, ne présente pas de caractères particuliers. Cependant, les poils de la moustache sont plus rares à ce niveau que du côté opposé. Cette tumeur est dure, rénitente; pas de point ramolli; elle se délimite nettement au milieu des parties molles voisines.

Il n'y a pas de ganglions.

Opération le 19 février. Incision en V à pointe supérieure au moyen des ciseaux. Hemorrhagie insignifiante. Torsion des artères coronaires. Sutures au fil d'argent.

26 février. Guérison complète.

DEUXIÈME GROUPE

Forme quadrangulaire de la perte de substance.

La forme quadrangulaire est certainement, après la triangulaire, celle en face de laquelle on se trouve le plus souvent.

Cette forme prête encore à des réparations souvent remarquables. Nous décrirons ici les procédés, d'après la position des pédicules de leurs lambeaux.

Les pédicules sont en bas, comme dans le procédé de Chopart, en bas et en dehors, comme dans celui de Bruns, sur les côtés avec Malgaigne, ou enfin en haut avec Sédillot.

Lambeaux à pédicule inférieur.

Procédé de Chopart (fig. IX). — On prolonge les incisions verticales jusque dans la région sus-hyoïdienne; on dissèque le lambeau ainsi délimité,

on le soulève et le fait glisser vers la bouche en abaissant le menton, puis, le bord supérieur du lambeau arrivé à la hauteur des commissures, on en suture les bords latéraux aux lèvres de la plaie, avec lesquelles ceux-ci sont en rapport.

Szymanowski (fig. X) a imaginé de donner au lambeau de Chopart une largeur plus grande que la perte de substance. Ce lambeau, il le remonte néanmoins, comme Chopart faisait du sien, et l'intercale entre les bords latéraux de la plaie à combler. Ce procédé a pour effet de déterminer un léger écartement de la nouvelle lèvre, qui ne se trouvera plus ainsi appliquée contre les dents. D'autre part, le sillon mento-labial, reproduit par le même moyen, peut servir de soutien au lambeau, qui n'a plus autant de tendance à couper les points de suture latéraux.

Zeiss (fig. XI), toujours dans le but d'empêcher le lambeau de Chopart de tomber, a imaginé de prendre un lambeau en forme de pantalon (suivant sa comparaison). Les deux incisions latérales primitives s'écartent l'une de l'autre à partir du bord inférieur du maxillaire et grâce à cet écartement, on peut, à l'aide d'incisions parallèles aux premières, limiter, dans le lambeau primitif, une sorte de coin à sommet supérieur, qui servira d'ilôt d'arrêt, de soutien pour la nouvelle lèvre.

Szymanowski (fig. XII) a modifié encore ce procédé de Zeiss et taille le coin médian à l'aide d'incisions, dont la concavité est tournée non plus en

dehors mais en dedans. De cette façon, le coin prend la forme d'un cœur. Il est dès lors plus apte à reformer le sillon mento-labial et joue, avec plus de bonheur, le rôle d'ilôt de soutien. La pointe du cœur arrive d'ailleurs au niveau de l'incision inférieure d'extirpation et divise ainsi le lambeau de Chopart en deux. Certains auteurs, Auvert en particulier, ont fait à la région sus-hyoïdienne une incision transversale, destinée à amoindrir la tension du lambeau.

Toutes ces modifications peuvent être comparées aux étais, avec lesquels on soutient un édifice en ruines. Elles sont la reconnaissance même de la défectuosité inhérente au procédé de Chopart. Nous devons reconnaître, cependant, que ce procédé a pu donner de bons résultats entre les mains de quelques chirurgiens et M. le professeur Heydenreich, en particulier, a obtenu, par son application dans un cas de cancer de la lèvre inférieure, un résultat autoplastique, qu'il n'a pas hésité à qualifier parfait.

Lambeaux à pédicule infero-externe

Procédés de Bruns (Fig. XIII). — Pour délimiter de chaque côté son lambeau, Bruns trace une incision à partir de la commissure, et se dirigeant en haut vers le sillon naso-génien, puis, d'un point éloigné de la commissure d'une distance égale à peu près à la hauteur de la perte de subs-

tance, il trace une seconde incision parallèle à la première et montant un peu plus haut. Ensuite il les réunit à leur extrémité supérieure par une incision transversale. Il obtient ainsi un lambeau à base inférieure, qu'il ramène par une légère torsion sur la perte de substance. La base du lambeau est bien inférieure par rapport à son bord libre, mais, en réalité, elle est située à sa hauteur quand ce dernier est mis en place. Ce procédé échappe ainsi à un reproche, qu'on serait tenté de lui faire au premier abord.

Lambeaux à pédicule latéral

Procédé de Malgaigne (Fig. XIV). — On prolonge d'abord les commissures par deux incisions transversales, puis des angles inférieures de la plaie on fait partir deux autres incisions parallèles aux premières. On obtient ainsi deux lambeaux latéraux quadrilatères, qu'on détache des parties sous-jacentes et qu'on ramène sur la ligne médiane, où on les affronte et les suture.

Camille Bernard (Fig. XV). — a cru pouvoir reprocher à ce procédé le même désavantage, qui pèse sur celui de Serre et il a cherché, par le même moyen que Desgranges pour ce dernier, à prévenir la proéminence de la lèvre supérieure. Pour cela, il a, sur les incisions commissurales, excisé, de chaque côté, un petit triangle, dont il affrontait les côtés, comme Desgranges l'a indiqué.

Cette modification ne s'imposait pas à ce point, croyons-nous, car la lèvre nouvelle perd peu à peu sa tension, la supérieure se rétracte de son côté et, finalement l'harmonie des deux lèvres se rétablit naturellement. On peut alors regretter un sacrifice inutile, qui n'est pas compensé d'ailleurs par la présence de deux cicatrices linéaires de chaque côté de la bouche.

Lambeaux à pédicule supérieur

Procédé de Sédillot (Fig. XVI). — Dans son procédé, Sédillot prolonge vers le bas les incisions verticales d'une distance égale à la moitié de la longueur de la nouvelle lèvre ; puis d'un point situé au niveau de la commissure et distant de celle-ci de la hauteur de la perte de substance, il trace une seconde incision parallèle à la première. Ces deux incisions sont ensuite réunies à leur extrémité inférieure et on obtient ainsi deux lambeaux, qu'on dissèque et qu'on ramène par une légère torsion à la rencontre l'un de l'autre sur la ligne médiane, où ils sont affrontés.

L'incision verticale interne concourt, avec celle du côté opposé, à former le bord libre de la nouvelle lèvre ; le bord inférieur du lambeau forme, en s'unissant à son congénère, une plaie verticale et médiane et les bords externes devenus horizontaux sont réunis à la plaie correspondante du menton.

Lorsqu'on se trouve en face d'une perte de substance en forme de quadrilatère, il existe comme nous le voyons, nombre de procédés entre lesquels on a le choix. Nous devons dire que le procédé de Chopart est, peut-être injustement, tombé aujourd'hui dans l'oubli. On ne peut méconnaître qu'il tombe sous le désavantage capital qui frappe tous les lambeaux dont le pédicule est inférieur. La nouvelle lèvre ne peut se soutenir à la hauteur où on l'a amenée; elle descend peu à peu et finit par découvrir les parties qu'elle avait pour mission de cacher; elle est en outre dépourvue de muqueuse à la face interne, ce qui devient pour elle la cause d'un recroquevillement ultérieur ou nécessite une opération secondaire, ayant pour objet de lui fournir cette muqueuse, qui lui manque, opération toujours laborieuse et fort souvent infructueuse.

Le procédé de Malgaigne, est par contre fort souvent utilisé et il donne des résultats autoplastiques fort appréciés.

Nous plaçons ici deux observations, recueillies dans le service de M. le professeur Gross, dans lesquelles il y eut lieu d'appliquer, d'une part, le procédé de Malgaigne pur, et, d'autre part, un dérivé de ce procédé. Dans ce dernier cas, on se contenta de prendre un seul lambeau latéral; grâce à la resection partielle du maxillaire, il suffit, de l'autre côté, d'incisions libératrices, pour permettre aux lambeaux de s'affronter.

Observation II (*recueillie par M. Riche, interne*). — **Epithelioma**
de la lèvre inférieure. — **Procédé de Malgaigne.**

B....., Charles, âgé de 62 ans, entre à l'hôpital le 16 mars 1887. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

L'affection a débuté, il y a deux ans, par un petit bouton, placé sur le milieu de la lèvre inférieure, et donnant lieu à de petites douleurs lancinantes, mais ne saignant pas. Le malade alla consulter une matronne qui lui prescrivit un caustique, dont l'application était fort douloureuse. Le mal n'augmenta pas jusqu'à il y a dix mois. Depuis le mois de mars, il prit un accroissement rapide ; les douleurs augmentèrent et, il y a huit jours, le malade constata la présence de deux ganglions sous-maxillaires. Il dit avoir maigri et perdu l'appétit. Notons qu'il est fumeur.

État actuel. On constate sur la lèvre inférieure, une tumeur en forme de champignon, du volume d'une châtaigne, dépassant un peu la ligne médiane en dedans et occupant les 2/3 de la moitié gauche de la lèvre. La surface de cette tumeur, recouverte d'un enduit grisâtre et de sanie desséchée, présente un aspect granulé et se trouve divisée en lobules, par des sillons peu profonds. L'un de ces lobules occupe exactement la ligne médiane et paraît être le point de départ de l'affection. La tumeur empiète en avant sur le bord libre de la lèvre. En arrière, elle occupe environ la moitié supérieure de la face muqueuse de la lèvre. Le reste de la muqueuse labiale, ainsi que la muqueuse gingivale adjacente, est sain.

A droite et à gauche, dans la région sous-maxillaire, existent deux ganglions indurés, hypertrophiés, du volume d'une petite noisette.

Opération 17 mai. — Chloroformisation. — Incisions latérales dans chaque région sous-maxillaire, pour extirper les ganglions, dont nous avons signalé plus haut l'existence ; à

droite, on enlève toute la glande sous-maxillaire, dont le tissu semble atteint de dégénérescence.

Extirpation au moyen du bistouri de la tumeur de la lèvre par une incision la circonscrivant en forme de quadrilatère. Pincement et ligature des artères. Restauration de la perte de substance par le procédé de Malgaigne avec sutures profondes au catgut et sutures superficielles au fil d'argent. Hémorrhagie moyenne. Pansement iodoformé et tampon iodoformé dans la cavité buccale pour soutenir les lambeaux suturés.

25 mai. — La réunion des lambeaux se fait régulièrement mais on craint le renversement en dedans de la lèvre inférieure, par suite de l'absence des dents.

30 mai. — Le malade quitte l'hôpital guéri.

Observation III (*recueillie par M. Adam, chef de clinique*) —
Cancroïde de la lèvre inférieure. — Procédé modifié de Malgaigne.

F..... (F.-Baptiste), âgé de 59 ans, cloutier, se présente à l'hôpital le 3 juillet 1888.

Il n'a aucun antécédent héréditaire ni personnel.

Il ne peut donner sur la marche de son affection aucun renseignement bien précis; aussi se contente-t-on de constater l'état actuel.

Etat actuel. — Il existe du gonflement, de l'induration, de la région mentonnière et maxillaire droite, jusque vers le bord antérieur du masséter. Au niveau du bord de la lèvre inférieure, vers la commissure droite, existe une ulcération d'environ 1 1/2 centim. de largeur, à bords peu élevés, creusés en entonnoire, laissant écouler une sanie purulente fétide; toute la moitié droite de la lèvre et les parties voisines du menton et de la joue, sont tuméfiées, indurées jusqu'au delà de la ligne médiane et, en dehors, jusqu'à quelques millim. au delà de la commissure. Elles sont en outre adhérentes au

maxillaire, qui paraît lui-même épaissi et se confond avec la tuméfaction des parties molles sus-jacentes.

La région sous-maxillaire est tuméfiée ; on y constate un ganglion induré ; un autre ganglion existe dans la région sous-mentonnière.

Le diagnostic est porté : épithélioma de la lèvre inférieure avec envahissement du périoste maxillaire sous-jacent.

Opération. — Anesthésie chloroformique. On pratique l'hémostase provisoire à l'aide de deux pinces spéciales appliquées l'une sur la partie gauche de la lèvre, l'autre au-dessus de la commissure droite, sur la joue.

Les incisions tégumentaires circonscrivent toutes les parties indurées et s'en écartent partout d'un centimètre au moins. Elles délimitent une portion quadrangulaire de tissus malades dont le côté inférieur se trouve un peu en arrière du bord inférieur du maxillaire. Les incisions externes et internes sont faites jusqu'à l'os qui est sectionné au même niveau et réséqué dans une portion de 4 1/2 centimètres. La section interne porte au-delà de la ligne médiane. La résection partielle du maxillaire aidant au rapprochement des parties, la brèche énorme faite à la lèvre, au menton et même à la joue, peut être bien restaurée.

A gauche, on incise la commissure sur une étendue de 4 centimètres et on pratique une incision de 2 à 3 centimètres à partir de l'angle inférieur de la plaie du même côté, incision qui se dirige en bas et en dehors. Ce premier lambeau est mobilisé en le détachant dans sa profondeur par une section de la muqueuse buccale. A droite, l'incision première a déjà porté un peu au-delà de la commissure. Comme il y a une large brèche au maxillaire, la joue droite se laisse relativement rapprocher avec assez de facilité.

L'incision sous-maxillaire, nécessitée par l'ablation des ganglions, n'étant distante que de 2 centimètres du bord inférieur de la perte de substance labiale, la mobilité est suffisante pour rapprocher les parties et permet d'appliquer les points

de suture. Les épingles et fils d'argent en place, on s'aperçoit qu'il existe une tension exagérée à l'angle droit de la bouche, tension qui ferait infailliblement échouer la réunion.

On y remédie en pratiquant sur la joue, dans la direction de l'os malaire une incision de détente en V très allongé, que l'on réunit ensuite en Y ; moyennant cette incision, les parties se trouvent réunies convenablement.

29 juin. — La réunion s'est faite par première intention ; tous les fils sont enlevés, mais la salive coule en dehors de la bouche, elle s'est fait un sillon commençant en haut à l'endroit de la section du maxillaire inférieure et allant obliquement en bas et à droite ; ce sillon, irrité par sa salive, est pour le malade une source de gêne et de mécontentement.

On laisse la réparation se faire plus complètement.

Opération complémentaire faite par M. le professeur agrégé Vautrin : On avive la lèvre inférieure dans sa moitié droite, puis on prend un lambeau triangulaire à base externe à lèvre supérieure avivée également ; on abaisse le lambeau, on le suture à la lèvre inférieure, puis on refait la lèvre supérieure et l'inférieure en suturant la muqueuse à la peau ; la lèvre inférieure et la commissure droite sont ainsi relevées et empêchent la salive de couler.

La plaie guérit encore par première intention, la salive ne coule plus et le malade sort le 30 août 1888.

Le résultat opératoire au point de vue de la forme et de la fonction était satisfaisant, eu égard à l'étendue des lésions.

Malheureusement le malade n'échappa pas à la récurrence locale et le 19 juin 1889 il se représente avec une repullulation du mal, vers sa joue et le plancher buccal. Détail à signaler ici : on ne trouve aucun ganglion en rapport avec cette récurrence.

TROISIÈME GROUPE

La perte de substance présente une forme oblongue.

Procédé de Roux (fig. XVII). — Le néoplasme enlevé dans une exérèse de forme oblongue, Roux dissèque les bords de la plaie et détache toutes les parties molles, qui recouvrent le maxillaire inférieur, jusqu'à la région sus-hyoïdienne. Il obtient ainsi une sorte de tablier en continuité de tissu avec les joues et le cou, cruent à sa face postérieure. On incline alors la tête du malade en bas et on attire le lambeau en haut, jusqu'à ce que son bord libre soit à la hauteur des commissures. Il est alors nécessaire de maintenir la tête de l'opéré dans la flexion, jusqu'à ce que le lambeau ait pris droit de domicile dans sa nouvelle situation.

Ce procédé a de nombreux désavantages ; la dissection du lambeau est laborieuse ; ce dernier est soumis à un tiraillement considérable, la nouvelle lèvre n'a pas de muqueuse à sa face interne ; enfin, le lambeau fait réellement l'office d'un tablier qui devient le receptacle d'une quantité de liquides septiques fort nuisibles au succès de l'opération.

Lisfranc (fig. XVIII), afin de faciliter la dissection des lambeaux et l'écoulement des liquides septiques, faisait partir, du sommet de la courbe d'excision de Roux, une incision médiane verticale se dirigeant vers le cou.

Plus récemment, M. Létievant, de Lyon, a imaginé un petit appareil destiné à soutenir le tablier jusqu'à sa réunion complète ; mais cette tentative n'a pu tirer le procédé de Roux du discrédit où il est tombé.

Procédé de Morgan (fig. XIX). — Morgan trace, au-dessous de celle qui a servi à l'excision de la tumeur, une autre incision, sise à deux pouces environ de la première et parallèle à elle. Ces deux incisions délimitent une bandelette, qu'on détache dans son milieu et qui reste adhérente par ses extrémités ; il relève ce pont à la place de la lèvre qui manque et le suture aux angles de la bouche. On abandonne la plaie inférieure ou on en suture les lèvres.

Mazoni a proposé de prendre ce pont de substance non plus sur le menton, mais dans la région sus-hyoïdienne.

Procédé Ollier (fig. XX). — Ollier a décrit, sous le nom de procédé de pont sus-hyoïdien avec îlot mentonnier de soutien, un procédé, dont le but est de donner au lambeau de Morgan un point d'appui, qui le maintiendra dans sa nouvelle position. Il laisse à cet effet, au niveau du menton, un îlot de tissu sain. Il trace au-dessus de cet îlot le lambeau de Morgan, et transportant ce dernier à la place de la lèvre, il le fixe à la fois aux commissures labiales d'une part, et à l'îlot mentonnier de l'autre. La plaie sus-hyoïdienne est abandonnée. Le procédé certainement ingénieux est fort recom-

mandable. Cependant on peut craindre que la cicatrice sus-hyoïdienne fasse descendre l'ilôt lui-même. Néanmoins, ce dernier s'opposera, dans une certaine mesure, à cette descente.

Procédé Berg (fig. XXI). — Berg, en face d'une incision courbe due à l'ablation de la tumeur, trace au-dessous du maxillaire un V à sommet inférieur situé légèrement en dehors de la ligne médiane du cou. Une des branches A B du V remonte en haut, gagne la commissure opposée au sommet de ce V et rejoint l'incision semi-lunaire. L'autre branche A C dirigée en sens inverse de la première suit le bord inférieur du maxillaire, elle est beaucoup moins longue que la première. On relève alors le lambeau au niveau de la lèvre enlevée et on le suture à la commissure. Les lèvres de la plaie résultant du V sont saturées également.

Procédé Langenbeck (fig. XXII). — Langenbeck, dans son procédé, que nous empruntons au travail de Kœnig, taille dans la région mentonnière, un lambeau, dont la base se trouve au-dessus et en dehors de l'une des commissures labiales, tandis que son extrémité libre répondant à la région mentonnière, est séparée de la perte de substance par une sorte d'éperon cutané à base tournée du côté opposé. Ces deux lambeaux sont disséqués jusqu'à leur base, puis le lambeau proprement dit est amené au-dessus de l'éperon triangulaire, de façon que D C vienne se réunir à A C. Le bord B C du lambeau est destiné à former le bord libre de la

nouvelle lèvre. Grâce à la mobilité de l'éperon et de la partie de la peau du menton non employée, on réussit généralement à combler presque complètement la perte de substance résultant de la confection du lambeau.

Procédé de Teale (fig. XXIII). — De chaque côté de la perte de substance, on trace à une distance convenable, une incision parallèle à la courbe de la perte de substance, qu'on arrête un peu avant la ligne médiane, A. B. Par une incision verticale B C on unit l'extrémité de cette incision à la perte de substance. On fait de même, de l'autre côté, et on dissèque les lambeaux ainsi obtenus. Il reste entre eux un petit îlot de peau saine, qui jouera là le rôle de l'îlot de soutien d'Ollier. On relève les lambeaux au niveau de la lèvre amputée et on les suture par leur bord interne sur la ligne médiane.

Procédé Ledran (fig. XXIV). — Ledran a proposé, dans le cas où la tumeur n'occupe qu'une moitié de la lèvre inférieure, de ne tracer que d'un côté le lambeau de Teale : c'est la même modification, que Moutet, avec raison, a apporté au procédé de Smyne.

Cette nomenclature des différents procédés qui s'adressent à une perte de substance de forme oblongue, permet de faire cette remarque, que cette forme oblongue comporte à peine quelques procédés spéciaux.

Le procédé de Roux est, certainement, le pendant du procédé de Chopart, dont il partage les inconvénients et le discrédit. Le procédé de Berg est peu différent de celui de Syme modifié par Moutet; la comparaison des deux figures VII et XXI, qui représentent ces procédés, rend frappante la justesse de cette remarque. Et le procédé de Langenbeck, est-il bien différent de celui de Laorden de Valladolid? La seule distinction est que, dans le premier, les incisions sont droites, tandis que dans l'autre, elles sont courbes. Nous ferons la même observation, à propos des incisions des procédés de Teale et de Sédillot. Le premier n'est que l'application, l'appropriation du second à une forme nouvelle de perte de substance.

En somme, dans ce groupe, à part les procédés d'Ollier, de Morgan, on n'en trouve pas d'autres ayant une originalité propre.

Si, maintenant, nous essayons de comparer, dans leur ensemble, les procédés, qui s'appliquent respectivement aux trois grandes formes de perte de substance, il est, croyons-nous, permis d'affirmer que c'est dans le premier groupe, que nous trouvons le plus de procédés autoplastiques simples dans leurs moyens, heureux dans le choix de lambeaux et aussi parfaits dans leurs résultats. Dans le second groupe il existe certainement des procédés, qui rivalisent avec les premiers, mais ils côtoient déjà des procédés tels que ceux de Cho-

part, dont les défauts sont flagrants. Quant aux procédés véritablement spéciaux au troisième groupe, ils sont certainement peu avantageux.

Cette simple et rapide comparaison nous permet de déduire cette conclusion pratique : c'est que, toutes les fois que les circonstances s'y prêteront, il y aura toujours avantage à obtenir, par l'extirpation, une perte de substance triangulaire ou quadrangulaire, qui assurera un résultat au topastique satisfaisant.

DEUXIÈME CLASSE DE PROCÉDÉS

Procédés complexes .

Si, dans un grand nombre de cas, il est possible de comprendre le néoplasme dans une simple exérèse de forme triangulaire, quadrangulaire ou oblongue ; il en est d'autres, (et ils sont nombreux également) où la tumeur s'est étendue si loin et avec une telle irrégularité, qu'il n'est plus possible au chirurgien de recourir aux moyens ordinaires. Le premier devoir de ce dernier est toujours, il est vrai, d'enlever radicalement le néoplasme, en suivant scrupuleusement le conseil de Tiersch. Puis, la perte de substance créée, c'est à son imagination, à son talent opératoire qu'il s'adressera, pour la combler avec bonheur. Il ne faut pas croire cependant qu'ici l'opération autoplastique est livrée au hasard ou seulement justiciable d'un procédé spécial, tout de circonstance. Nous croyons,

au contraire, qu'elle reste toujours régie par les lois des procédés ordinaires. Il est toujours possible, à l'opérateur, de décomposer la ligne brisée irrégulière de l'excision, en un certain nombre de tronçons, représentant, les uns un triangle, les autres un quadrilatère, etc...; et c'est à chacun de ces tronçons qu'il s'adressera en particulier, et il comblera ainsi, par sections, la perte de substance entière.

Tel est le principe des procédés que nous croyons pouvoir appeler *complexes*.

C'est une idée, sur laquelle nous avons entendu souvent insister M. le professeur Gross, à qui elle a valu les beaux résultats consignés dans les observations, qui suivent. Cette idée n'est d'ailleurs pas aussi nouvelle qu'elle paraît, car, si de nos jours, Erichsen, Weber, Trélat l'ont mise fréquemment à contribution, Serre, il y a de longues années, en a fait une application des plus heureuses, comme nous le verrons dans l'observation IX.

Tous les procédés peuvent naturellement entrer en combinaison entre eux. Si, dans une combinaison, c'est le même procédé simple, qui se répète, plusieurs fois sur différentes parties de la perte de substance, nous aurons un procédé que nous appellerons *composé*.

Si les procédés simples, qui se combinent, appartiennent à des groupes différents, ou sont des procédés différents ressortant d'un même groupe, nous aurons un procédé *mixte*.

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire, pour appuyer ces considérations, que de présenter ici les observations, que nous avons pu recueillir.

Comme type de procédé composé, nous citerons d'abord le cas d'Erichsen.

Ce chirurgien était en présence d'un cancer, qui avait envahi toute la lèvre inférieure et, même les commissures, empiétant ainsi sur la lèvre supérieure, et envoyait un prolongement, une sorte de queue sur le menton. Il circonscrivit cette dernière dans une incision en V, dont les branches arrivèrent à un centimètre environ de la tumeur. Puis, à l'extrémité de chacune de ces branches, il greffa un autre V, dont la pointe regardait le lobe de l'oreille, tandis que sa branche supérieure arrivait sur la lèvre supérieure un peu au-delà de la tumeur (Fig. XXV. A.). Celle-ci enlevée, il réunit respectivement les lèvres de chacune de ces excisions cunéiformes et obtint trois cicatrices linéaires peu apparentes (Fig. XXV. B.).

Otto Weber suivit la même conduite, dans un cas de cancer, qui avait son siège sur une commissure ; son excision lui fournit encore trois triangles unis par leur base et qui, la suture faite, donnèrent trois cicatrices linéaires (Fig. XXVI A. et B.). En 1842, Serre avait déjà utilisé une combinaison de deux V, pour un cancer de la commissure.

Dans l'observation qui suit, M. le professeur Gross utilisa cette même combinaison de deux V, qui lui fut très-favorable.

Observation IV (*Recueillie par M. Riche, interne*). **Epitheliome de la lèvre inférieure et de la commissure gauche. Ablation par deux V combinés. Guérison (Fig. XXVII).**

P.... Jean, âgé de 30 ans, vigneron, entre à l'hôpital le 16 avril 1889. Pas d'antécédents héréditaires ; mais il accuse une fièvre typhoïde en 1882. Il y a deux ans, le malade a eu à la partie gauche de la lèvre inférieure, à l'endroit où appuyait le tuyau de sa pipe, un papillôme. Cette petite tumeur fut enlevée par un rebouteur, au bout d'un an. Au bout de quelque temps, le malade ressentit des douleurs dans la tempe, et bientôt, il constata, un peu en dehors de la cicatrice, une nouvelle petite tumeur. Depuis trois mois, celle-ci a fait des progrès considérables et soulève assez fortement la joue. Pas de syphilis, un peu d'alcoolisme.

Etat actuel. Jeune homme d'apparence robuste, il présente une tuméfaction de la joue gauche à la partie inférieure. Sur la lèvre inférieure, à environ deux centimètres et demi de la commissure gauche on constate une cicatrice blanchâtre ne présentant aucun caractère anormal. Immédiatement à côté et en dehors, on sent une tumeur du volume d'une noisette, s'étendant jusqu'à la commissure et portant l'empreinte des dents. Cette tumeur se continue par un cordon assez épais et dur, qui aboutit à une portion plus volumineuse. Cette partie de la tumeur a, environ, trois centimètres de longueur sur deux de hauteur ; elle est adhérente à la partie inférieure du maxillaire et fait corps avec la partie interne de la joue ; elle est lisse et dure ; on en sent partir un cordon dur qui se dirige vers l'angle de la mâchoire et se perd au-dessous. On sent plusieurs ganglions volumineux et durs dans la région sus-hyoïdienne latérale gauche ; quelques autres le long du sternomastoïdien ; un ganglion assez volumineux se trouve sur le côté du cartilage thyroïde. Les ganglions occipitaux

sont aussi très-faciles à trouver. De l'autre côté, on sent également des ganglions moins volumineux qu'à gauche. Mais le malade affirme que, de tout temps, il aurait eu le système ganglionnaire très développé.

Tous les appareils sont sains, les radiales athéromateuses.
3 mai opération. Anesthésie chloroformique. Incision, dans la région sus-hyoïdienne gauche, parallèle au bord du maxillaire inférieur. On enlève la glande sous-maxillaire et quelques ganglions.

Par une autre incision, on enlève le ganglion juxta thyroïdien.

La tumeur principale est enlevée par une incision cutanée en V (Fig. XXVII) ; l'induration à l'angle de la bouche est excisée par une deuxième incision en V. La tumeur se détache facilement de l'os.

On suture la muqueuse buccale au catgut, les incisions cutanées au fil d'argent et au crin de Florence, et on refait une commissure.

Pansement à la gaze iodoformée, coton salicylé, coton simple, gutta-percha, tarlatane.

6 mai. Le malade va bien ; on souffle deux fois par jour de l'iodoforme sur les sutures.

14 mai. On défait le pansement ; tout est réuni, sauf un point de l'incision sous-maxillaire, qui suppure un peu ; même pansement.

17 mai. Le malade quitte l'hôpital après un nouveau pansement ; la plaie est dans le même état.

24 mai. Le malade revient se faire panser ; la plaie suppure un peu encore.

1^{er} juin. Le malade est guéri.

Dans l'observation V, M. le professeur Gross utilisa encore une combinaison de deux V sous forme W. Ce procédé est une avantageuse modification du procédé de Hoorn, qui exige un sacrifice con-

sidérable de tissus vers sa pointe, si on veut obtenir une cicatrice linéaire nette et sans bourrelet, comme nous l'avons déjà fait remarquer.

Observation V (*recueillie par le docteur Lenez*) — **Cancroïde de la lèvre inférieure; extirpation par un double V; guérison** (Fig. XXVIII).

A.... Charles, vigneron, âgé de 52 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} janvier 1887.

Pas d'antécédents héréditaires; le malade a eu une pleurésie et une fluxion de poitrine, à l'âge de douze ans. Au mois d'août 1885, il se piqua la lèvre inférieure avec une barbe d'épi; la petite plaie guérit rapidement, mais au mois de février 1886, le malade s'aperçut de la présence d'une petite écorchure, sur la moitié droite de la lèvre inférieure. Cette écorchure guérissait, puis reparaissait de temps en temps. Déjà, à cette époque, le malade y éprouvait des picotements douloureux, de petites lancées; la base de l'écorchure était indurée et formait une petite tumeur, de la grosseur d'une noisette et proéminente à l'extérieur. Au mois de mai, le malade alla voir un médecin, qui l'engagea à se faire extirper son mal, par un chirurgien. Ne tenant aucun compte de cet avis, le malade alla voir un guérisseur, qui appliqua sur la tumeur une poudre grise. La douleur fut très-forte et la tumeur complètement détruite au mois de novembre dernier, après plusieurs applications de cette poudre; quelques temps après, réapparut, sur le côté de la cicatrice, un petit bouton, qui grandit rapidement et envahit, peu à peu, la partie la plus externe de la lèvre, la commissure, empiétant même sur la face interne de la joue droite. Le malade n'y ressentait aucune douleur.

Etat actuel. La moitié droite de la lèvre inférieure décrit une courbe à concavité supérieure, due à la cicatrice laissée par la destruction de la tumeur primitive.

De la cicatrice, part une bande de tissu induré, qui conduit à une tumeur en forme de demi-sphère, grosse comme une noix, occupant exactement la face muqueuse de la commissure labiale droite, dont l'angle semble même se continuer sur la tumeur, sous forme d'un sillon nettement creusé, profond de 4 à 5 millimètres. La face plane de la demi-sphère est exulcérée, rose, granulée mais non saignante.

La base d'implantation de cette tumeur est indurée, de consistance ligneuse. Le malade ne ressent aucune douleur.

On trouve un ganglion induré, peu volumineux, siégeant dans la région sus-hyoïdienne latérale droite.

Le diagnostic est porté : concroïde de la lèvre inférieure.

6 janvier 1887. Opération. Chloroformisation. Incision en double V comprenant tout le tissu néoplasique entre ses branches. Hémorrhagie assez abondante, aussitôt réprimée par la ligature des artérioles. Suture au fil d'argent et aux fils de soie noire des surfaces d'excision, de façon à réunir entre elles les branches du W.

Incision longitudinale faite à la région sus-hyoïdienne latérale droite, parallèle au bord inférieur du maxillaire inférieur. Enucléation, puis pédiculisation du ganglion, ligature du pédicule et ablation de la petite glande. Sutures au fil d'argent.

On saupoudre les incisions avec de l'iodoforme et on applique un pansement de gaz iodoformé et de coton salicylé. Le malade est reporté dans son lit, avec défense expresse de parler ; il se nourrit d'aliments liquides avec un tube.

12 janvier. On retire tous les points de suture. Les lèvres de la plaie sont bien réunies, sauf au point où siégeait la cicatrice ; il existe là une petite encoche. La déformation de la bouche est à peine appréciable.

18 janvier. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

L'observation qui suit fait encore une occasion d'appliquer l'heureuse combinaison de trois V (Fig. XXVI).

Observation VI (*recueillie par M. Riche, interne*) — **Epithelioma de la commissure. Excision dans trois V.** (Fig. XXVI).

B.... Nicolas, âgé de 63 ans, entre à l'hôpital le 6 juillet 1889.

Il ne présente aucun antécédent héréditaire. Il eut la variole en 1871 et jouit jusqu'en 1888 d'une bonne santé habituelle. Pendant l'hiver de 1887-1888, il eut une otite purulente, qui dura trois semaines, dont il ne lui est resté aucune surdité.

Il y a 7 ou 8 mois, il commença à sentir quelques picotements vers la commissure labiale droite. Et, vers le mois d'avril, se produisit une ulcération, dont la base s'indura et qui ne fit que grandir.

Le malade n'a pas d'habitudes alcooliques ; il fume peu ; tous les appareils sont sains.

Etat actuel. Il existe, au niveau de la commissure droite, une ulcération, qui a rongé cette commissure, dans l'étendue de 1 centimètre $1/2$, sur une largeur de 8 à 10 millimètres. Cette ulcération est fongueuse, chargée de sanie fétide et de croûtes. Elle est entourée d'une zone d'induration, qui s'étend sur la lèvre supérieure, sur une longueur de 2 centimètres environ et sur une hauteur de 8 à 10 millimètres. Cette induration a envahi la joue, dans un périmètre de 1 centimètre $1/2$ de rayon et descend sur la lèvre inférieure, dans une longueur de 8 à 10 millimètres.

A la face interne de la joue, existe, répondant à la zone d'induration de la face cutanée, une vaste ulcération à bords déchiquetés et violacés, chargée, comme celle de la commissure, d'une sanie repoussante.

Il n'existe aucun envahissement ganglionnaire.

Opération le 11 juillet. Chloroformisation. La forme de la tumeur, qui ici représente une partie principale au niveau de la commissure, à laquelle sont suspendues en haut et en bas

deux portions secondaires, se prête admirablement à une excision par trois V combinés, dont ses branches furent toujours maintenues avec soin à 1 centimètre du néoplasme. Ce dernier enlevé, il reste une large perte de substance, qui, après la réunion des lèvres, ne laisse que trois cicatrices linéaires (même Fig. que Fig. XXVI). La physionomie n'était pas bien altérée et la lèvre avait une forme très-satisfaisante.

La cicatrisation eut lieu par première intention.

Nous n'avons pu suivre le malade plus loin, vu l'époque peu éloignée de l'opération.

Les ressources, que présente cette combinaison des incisions en V, est réellement remarquable et digne de toute l'attention des chirurgiens ; nous en donnerons comme exemple la figure XXIX, qui montre bien toutes les ressources de ces combinaisons. Weber, devant un néoplasme d'une étendue considérable et d'une forme très-irrégulière, parvint à le circonscrire dans un ensemble d'incisions en V, dont les cicatrices linéaires n'eurent rien de fort disgracieux et qui lui permirent même, de reconstituer une partie de la bouche.

Nous retrouvons, dans l'observation VII, un nouveau type de procédé mixte. Ce sont ici les procédés de Chopart et de Malgaigne qui se trouvent réunis.

Observation VII (*Recueillie par M. Adam, chef de clinique.* —

Épithélioma de la lèvre inférieure. — Perte de substance quadrilatère. — Application d'un procédé mixte. (Fig. XXX.)

Z... Joseph, âgé de 50 ans, ébéniste ; entre à l'hôpital le 2 juillet 1888.

Antécédents héréditaires nuls. Cet homme n'a jamais été malade ; il y a un an, il s'est aperçu de la présence d'un petit bouton, au niveau du bord droit de la lèvre inférieure. Ce bouton s'écorcha, laissa une petite ulcération, qui grandit. Des végétations grandirent autour et, il y a six mois, des douleurs commencèrent à se faire sentir ; les ganglions se prirent à la même époque.

Etat actuel : homme amaigri, mangeant peu. La lèvre est énorme, mesure 11 centimètres de long sur trois de largeur ; elle est ulcérée dans les 2/3 droits de son étendue ; cette ulcération est couverte de fongosités saignantes secrétant une sanie purulente, et de croûtes ; sa base est indurée et adhérente aux tissus profonds. Il existe des ganglions, dans la région carotidienne supérieure, et d'autres, dans la région sus-hyoïdienne latérale.

10 juillet. Opération. Anesthésie chloroformique. Extirpation des ganglions sous-maxillaires et carotidiens. Excision de la tumeur, à 1 centimètre du bord de l'ulcération. La perte de substance est quadrangulaire ; elle s'étend jusqu'au menton et comprend les trois quarts de la lèvre en largeur (Fig. XXXI).

Pour restaurer la lèvre, on débride à droite et à gauche les commissures ; la mobilité étant de beaucoup insuffisante, on fait partir, de chacun des angles inférieurs de la perte de substance, une incision horizontale étendue de dedans en dehors de manière à former deux lambeaux latéraux quadrilatères A et B. Les deux lambeaux ne pouvant être mis en contact, on taille un troisième lambeau inférieure, (de Chopard) que l'on fait remonter pour l'intercaler entre les deux lambeaux latéraux. On réunit, par des épingles et des points de suture en fil d'argent, les bords latéraux du lambeau inférieur aux bords médians des lambeaux latéraux.

Le résultat primitif de l'autoplastie était fort satisfaisant. Malheureusement, le néoplasme, en cette circonstance, fut d'une malignité terrible. Une récurrence se déclara dans le lam-

beau inférieur, puis, quelques jours après, de l'altération de la voix, de l'aphonie même et des accès de suffocation annoncèrent le développement d'une épithélioma sur les cordes vocales et le malade mourut rapidement.

Nous citerons également ici une observation de Trélat, ou ce chirurgien ajouta au procédé de Sédillot, dont il inclina d'abord les lambeaux, deux incisions cunéiformes pour les commissures envahies elles-mêmes.

**Observation VIII (fig. XXXI) empruntée à la thèse
de Saint Martin**

B.... J.-B. se présente à la Charité le 8 octobre 1861. A part l'affection locale qui l'amène, il jouit d'une parfaite santé.

Le malade fait remonter exactement à 3 ans le début de sa tumeur. A cette époque, dit-il, apparut pour la première fois, au côté gauche de sa lèvre inférieure, comme une petite verrue. Il n'en connaît pas la cause, mais il raconte, très explicitement, qu'il avait l'habitude de fumer une pipe très courte constamment tenue du côté gauche de la bouche, juste sur la partie de la lèvre inférieure, qui paraît être devenue le siège primitif du mal.

Quoiqu'il en soit de cette circonstance et de son influence étiologique, la petite excroissance fit pendant deux années des progrès très-lents, qui l'amènèrent au volume approximatif d'une grosse amende et à l'occupation de toute la portion gauche de la lèvre. Très inquiet, le malade alla consulter à La Trappe et là subit une première opération, sur laquelle il ne peut d'ailleurs fournir aucun renseignement. Une trace très visible, sous forme d'une cicatrice linéaire verticale, d'environ un centimètre et demi, est située sur la lèvre inférieure. Il y avait juste un an, le 7 août dernier, qu'elle fût pratiquée.

A peine quatre mois s'étaient-ils écoulés, que le mal se reproduisait avec une extrême rapidité. C'est au point qu'aujourd'hui, il n'existe plus à proprement parler de lèvre inférieure. Toute celle-ci a disparu sous une tumeur oblongue mamelonnée, à bords renversés, à large surface ulcérée. Ses limites apparentes, en longueur, c'est-à-dire dans le sens transversal, semblent dépasser à peine les commissures ; mais, en réalité, elles sont plus reculées, à cause de la marche plus envahissante du cancroïde à l'intérieur de la bouche que sur la peau. On constate aisément, par le toucher et la vue, que la muqueuse labiale toute entière et une notable portion de la face interne des joues sont occupées par la tumeur. Celle-ci s'étend de chaque côté, en dehors et un peu en haut, de deux centimètres à gauche et de plus d'un centimètre à droite. La lèvre supérieure elle-même est intéressée à ses deux extrémités, à gauche au moins de un centimètre, à droite de six à sept millimètres. En somme, la tumeur occupe toute la lèvre inférieure jusqu'au cul de sac gingivo-labial, les deux commissures, une certaine étendue des joues, les deux extrémités de la lèvre supérieure.

Un seul ganglion tuméfié et induré existe du côté droit, aux environs de la glande sous-maxillaire ; mais cette induration médiocre peut très bien s'expliquer par un état inflammatoire subaigu, explication qui s'est vérifiée par la suite.

Après avoir bien examiné la tumeur, je constatai que la perte de substance, résultant de l'ablation totale, serait limitée en bas par le sillon mento-labial, de chaque côté par une ligne qui de ce sillon gagnerait les joues et en haut par des lignes allant de la lèvre supérieure à l'extrémité des lignes précédentes.

Le 16 octobre, opération.

Décubitus horizontal et anesthésie par le chloroforme.

Je fais sur la lèvre supérieure, du côté gauche, une incision de un centimètre dirigée en haut et un peu en dehors. De cette incision, en part une autre AB longue de trente-cinq

millimètres ; une troisième BC, allant rejoindre le sillon mento-labial, a quarante-deux millimètres. Ces deux dernières incisions forment un V ouvert en dedans ; elles sont conduites de manière à intéresser plus largement la muqueuse buccale que la peau ; elles sont obliques au dépens de la face interne de la joue, ce qui permet de ménager la peau, en dépassant partout les limites de la tumeur. Pour éviter une répétition inutile, je dirai tout de suite que la même manœuvre fut suivie pour le V du côté droit. La tumeur ne tenait plus alors que par sa partie inférieure ; une incision profonde longue de trois centimètres la détacha au niveau du sillon mento-labial. Chemin faisant, j'avais lié les deux coronaires labiales et tordu deux artérioles.

Pour tailler les lambeaux autoplastiques, des deux extrémités C et B, je fis partir deux autres incisions dirigées en bas et un peu en dehors, longues de trois centimètres ; elles dépassaient un peu le bord inférieur de la mâchoire. Les deux lambeaux furent limités par une dernière incision semblable de chaque côté DE. Celle-ci, longue de vingt-huit millimètres, très légèrement courbe, à concavité supérieure, formant un peu plus d'un angle droit avec la ligne CD. Ces incisions intéressaient la peau, le tissu cellulaire et les muscles sous-jacents ; immédiatement, je détachai chaque lambeau de ses adhérences profondes jusqu'au-delà de sa base BE. Après ce temps de l'opération, chacun d'eux représente assez bien l'extrémité inférieure d'une jugulaire de casque. Je m'assurai que les lambeaux, remontés vers la lèvre supérieure, venaient facilement à la rencontre l'un de l'autre sur la ligne médiane et je procédai alors à la réunion.

Si l'on comprend bien la situation, il est aisé de voir que le menton intact et conservé dans sa position normale allait servir de soutien à la nouvelle lèvre. En effet, reportant les lambeaux vers la lèvre supérieure, au-dessus du menton, je les réunis l'un à l'autre sur la ligne médiane suivant leur bord CD. C'D' à l'aide de quatre points de suture entortillée.

Je m'occupai alors de fermer les deux V, qui occupaient chaque commissure. Cette réunion consista en un rapprochement des deux branches, après glissement sur la ligne médiane de la branche inférieure sur la supérieure ; ce glissement était une conséquence forcée de la suture des lambeaux.

Il reste à décrire une dernière partie de l'opération un peu difficile à comprendre, parce que la laxité des tissus a permis un résultat qui paraît impossible à première vue : la ligne DE (Fig. o) est allongée au point de nous donner la ligne DE de la figure o'. Du reste, on éprouvera moins de surprise, si l'on veut bien se souvenir que la ligne DE est tracée sur les parties inférieures et latérales de la face où les téguments jouissent d'une remarquable mobilité. Je pus alors, en écorrant légèrement avec le bistouri les angles C et C' (fig. O) du menton conservé, unir celui-ci en haut et sur les côtés avec le bord inférieur DE de chacun de ces lambeaux. Cette réunion, à l'exception du point inférieur, fut faite par la suture entrecoupée. De chaque côté, j'abandonnai à la suppuration deux petits espaces triangulaires de quinze millimètres de hauteur, résultant du déplacement des lambeaux.

Comme spécimen d'une des combinaisons les plus heureuses constituent un procédé mixte, nous relatons, ici, une ancienne observation de Serre, de Montpellier, que nous empruntons encore à la thèse de M. Saint-Martin (Paris 1877).

Observation IX. Fig. XXXII.

Cancer occupant les deux tiers de la lèvre inférieure, la commissure gauche et une partie de la joue ; extirpation du mal à l'aide d'une série d'incisions combinées de manière à réparer la perte de substance, quoique très-irrégulière et très-étendue.

M....., âgé d'environ 50 ans, né dans un village du départ-

tement de l'Aveyron, après avoir longtemps souffert d'un ulcère, qu'il portait à la partie latérale gauche de la face et sur lequel un grand nombre de substances emplastiques avait déjà été appliquées, me fut directement adressé par le chirurgien, qui lui avait donné des soins, avec prière de le débarrasser au plutôt de sa lésion organique. En questionnant le sujet, j'avais appris que le mal avait commencé par le bord libre de la lèvre inférieure, tout près de la commissure gauche, et qu'il s'était peu à peu étendu jusque vers le milieu de cette même lèvre, et avait ainsi envahi, de proche en proche, une grande partie de la peau, du menton et de la joue. Quant à l'ulcère, la manière spontanée, dont il s'était développé, les progrès rapides, qu'il avait faits en peu de temps, les douleurs, qu'il occasionnait au malade, l'aspect de ses bords et de sa surface, la matière sanieuse, qui en découlait, tout prouvait qu'il était de nature cancéreuse. Il n'y avait donc pas à tergiverser.

Désireux de conserver la portion saine du bord libre de la lèvre, que je devais si bien utiliser, je la circonscrivis par deux incisions, de façon à pouvoir la faire marcher à la rencontre de la commissure gauche. Immédiatement après, je fis deux grandes incisions verticales A F. G F, que je réunis à leur partie moyenne par une incision transversale C D (Fig. XXXII), ce qui me permit d'isoler le mal à sa partie inférieure et d'avoir encore au-dessous un lambeau quadrilatère, que je dus isoler par la dissection.

Mais comment enlever la portion de cancer, qui correspondait à la joue et à l'angle des lèvres, et réunir les deux bords de la plaie qui devait en résulter. Il n'y avait qu'un seul moyen, c'était de circoncrire le mal par deux incisions G I, H I, se réunissant en un angle I.

Ces incisions terminées, je détachai tout ce qui était malade ; il me restait alors une surface saignante, très large et irrégulière au premier abord, mais néanmoins susceptible

d'être fermée a la faveur de la direction, que j'avais donnée à chacune des incisions.

En tirant fortement sur la portion de lèvre encore saine, je parvins à lui faire atteindre la commissure gauche et à suppléer par ce moyen à la portion de lèvre qui manquait ; je remplis ensuite le vide, qui existait au-dessous de cette lèvre avec le lambeau C E D F, que je fixai dans cette position a l'aide de plusieurs points de suture entrecoupée au fil de soie.

Enfin, six points de suture entortillée servirent à maintenir ce même lambeau en place, tandis que trois autres furent destinés à fermer le point triangulaire, qui répondait à l'angle des lèvres.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident ; au huitième jour, les fils de suture furent enlevés et la réunion immédiate était déjà faite sur tous les points. Moins d'un mois après l'opération, le malade rentrait chez lui.

Il est facile de voir qu'en cette circonstance, Serre utilisa le lambeau de Chopart en bas, l'excision cunéiforme pour la commissure et une idée que Viguerie avait mise au jour, celle d'utiliser dans l'autoplastie le reste sain de la lèvre inférieure.

Nous venons de parcourir les différents procédés utilisés dans la cheiloplastie, nous avons essayé de les présenter dans un ordre spécial et peu connu encore. A cette classification nous avons trouvé des avantages, que nous croyons sérieux.

Grâce à elle, nous avons pu mettre chacun des procédés de cheiloplastie en regard de la perte de substance, qu'il est le plus apte à combler. Nous avons agi là comme le thérapeute qui, en face de

chaque symptôme morbide, indique le médicament propre à le combattre.

Cette classification nous a permis, de plus de simplifier en quelque sorte les procédés, qui s'appliquent aux restaurations un peu complexes des lèvres. Nous avons cherché à montrer que ces cheiloplasties ne sont pas en réalité des opérations entièrement de circonstance, sous la seule dépendance de l'état des lésions. Le hasard n'est pas leur seule loi. Il est, croyons-nous, un principe, qui domine toutes ces autoplasties, une idée générale à laquelle restent soumises toutes les particularités de chaque cas. C'est à ce principe, que Serre obéissait il y a de longues années, quand il pratiquait l'opération qui fait l'objet de l'observation IX, c'est lui qu'appliquait Trélat dans l'observation XIII ; c'est à lui que se sont rangés Erichsen, Wéber et M. le professeur Gross dans leurs interventions et ce principe, nous croyons pouvoir l'exprimer ainsi : *toute cheiloplastie complexe peut et doit se réduire à un ensemble de procédés autoplastiques simples, qui s'ajoutent et s'unissent, pour combler une perte de substance, trop grande pour chacun d'eux*. C'est, là la base des procédés, que nous avons appelés complexes.

Ces procédés, d'ailleurs, ne sont pas absolument indépendants des circonstances particulières de chaque cheiloplastie, car c'est d'après ces dernières, que le chirurgien déterminera le mode de combinaison, auquel il s'arrêtera ; et ces combinaisons,

comme nous l'avons déjà dit, n'ont, comme limite, que l'ingéniosité de l'opérateur.

Nous présentons, ici, dans un tableau synoptique, la classification des procédés de cheiloplastie, que nous avons adoptée. Nous reconnaissons qu'elle n'embrasse pas les procédés, qui ressortent des méthodes italienne et indienne ; elle garde néanmoins son intégrité vis-à-vis de la méthode française presque uniquement utilisée aujourd'hui.

TABEAU SYNOPTIQUE DES PROCÉDÉS DE CHEILOPLASTIE

Procédés simples (exérèse de forme simple). I ^{re} CLASSE.	I. Groupe (exérèse de forme triangulaire).	Procédés de Celse.	
		»	Hoorn.
		»	Serre.
		»	Dieffenbach.
		«	Desgranges.
		»	Syme.
		»	Moutet.
		»	Laorden.
	II^e Groupe. (exérèse quadrilatère)	Procédés de Chopart.	
		{ lambeaux à pédicule inférieur. }	» Chopart et Zsيمانowski.
			» Chopart et Zeiss.
			» Chopart, Zeiss et Szimanowski.
		{ lambeaux à pédicule infero-latéral : }	» Bruns.
			» Malgaigne.
			» Sedillot.
Procédés complexes (exérèse irrégulière) II ^e CLASSE.	III^e Groupe. (exérèse oblongue)	Procédés de Roux.	
		»	Lisfranc.
		»	Morgan.
		»	Ollier.
		»	Berg.
		»	Langenbeck.
		»	Teale.
		»	Ledran.
	I^e Groupe.	{ Procédés composés : Résultant de l'union d'un même procédé simple répété plusieurs fois. }	
		{ Procédés mixtes : }	A. Combinaison de procédés simples et différents appartenant au même groupe.
	II^e Groupe.		B. Combinaison de procédés simples appartenant à des groupes différents.

CONCLUSIONS

Il nous paraît utile de résumer ici, en quelques mots, les idées, qui dominent notre travail :

1° Tout cancroïde des lèvres doit être extirpé largement. Les incisions doivent le circoncrire à 1 centimètre au moins de ses bords, sans considération de la perte de substance. Toute adénopathie doit être comprise dans l'ablation ;

2° L'exérèse complète étant achevée, c'est d'après la forme de la perte de substance que l'on jugera du procédé à appliquer ;

3° Ce sont les formes triangulaires et quadrangulaires, qui se prêtent aux restaurations les plus heureuses ;

4° Quand la perte de substance est étendue et irrégulière, il faut s'adresser au genre de procédés, que nous avons appelés « composés » ou « mixtes ».

VU

et permis d'imprimer.

Nancy, le 18 juillet 1889.

Le Recteur,

MOURIN.

VU

et approuvé

par le Président de la thèse.

Ce 18 juillet 1889.

GROSS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CELSE. — De re medicâ, lib. VII.

FRANCO. — De la cure des lèvres fendues. Traité des Hernies, 1861.

TAGLIACOZZI. — De chirurgiâ curtorum per insitionem (Œuvres chirurgicales).

DIEFFENBACH. — Chirurgische Erfahrungen besonders über die Viederherstellung zerstörter Theile.

DELPECH. — Chirurgie clinique de Montpellier, t. II, 1828.

ROUX DE SAINT-MAXIMIN. — Revue chirurgicale de Paris, 1828.

BLANDIN. — De l'autoplastie. Thèse de concours, 1836.

VOISIN. — Gazette médicale de Paris, 1836, p. 669.

BURIN. — Du cancer de la lèvre supérieure (Thèse Montpellier, 1836).

DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale, I, 1.

ZEISS. — Litteratur und Geschichte der plastischen chirurgie. Leipsick, 1863.

AMMON. — Cheiloplastick in Encyclop. Værterbuch, t. VII. Berlin, 1831.

MUTTER. — Cases an autoplastie. Philadelphie, 1838.

PHILLIPS. — Lettres chirurgicales à Dieffenbach, 1839.

RIGAUD. — Anaplastie des joues, des lèvres et des paupières (Thèse de concours, 1841).

SERRE. — Traité de l'art de restaurer les difformités de la face, 1842.

SÉDILLOT. — Gazette médicale de Paris, 1843.

SÉDILLOT. — Mémoires de la Société de chirurgie, 1860.

JOBERT DE LAMBALLE. — Traité de chirurgie plastique, t. I, p. 119.

DESGRANGES. — Mémoire sur la cheilo-stomatoplastie (Gazette hebdomadaire, 1854).

BOUISSON. — Du cancer buccal chez les fumeurs.

VERNEUIL. — Article Anaplastie. Dictionnaire encyclopédique.

THOMAS. — Examen des principaux procédés de restauration de la lèvre inférieure (Thèse de Montpellier, 1870).

SERRE. — Considérations sur l'autoplastie en général et l'autoplastie labiale en particulier (Thèse Montpellier, 1871).

DUTHOYA. — Étude sur la cheiloplastie (Thèse Paris, 1874).

PEILLON. — Du cancroïde des lèvres et de son traitement (Thèse de Lyon, 1880).

BERNARD. — Étude sur la restauration de la lèvre inférieure. Nouveau procédé de Letiévant (Lyon, 1880).

IMBERT. — Étude sur la restauration de la lèvre inférieure, suivie de la description d'un nouveau procédé, pour refaire le bord libre, au moyen d'un

lambeau muqueux en forme de pont (Thèse de Lyon, 1883).

LAVIS. — De la cheiloplastie par le procédé du pont sus-byoïdien, avec îlot mentonnier d'arrêt, pour la restauration des grandes pertes de substance de la lèvre inférieure (Thèse de Lyon, 1885).

TRÉLAT. — Cheiloplastie. Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1877 (p. 170-173).

BILLROTH et LUECKE. — Deutsche chirurgie. Lieferung 33, 1886.

KÖENIG. — Lehrbuch der speciellen, chirurgie, 1888.

I^{re} PLANCHE

Fig. I.	Procédé de Celse.
Fig. II.	— Hoorn.
Fig. II.	— Serre (Montpellier).
Fig. IV.	— Dieffenbach.
Fig. V.	— Desgranges.
Fig. VI.	— Syme.
Fig. VII.	— Moutet.
Fig. VIII.	— Laorden.
Fig. IX.	— Chopart.
Fig. X.	— Chopart modifié par Szy- manowski.
Fig. XI.	— Chopart modifié par Zeiss
Fig. XII.	— Chopart-Zeiss modifié par Szymanowsky.
Fig. XIII.	— Bruns.
Fig. XIV.	— Malgaigne.
Fig. XV.	— Camille Bernard.
Fig. XVI.	— Sédillot.



fig. I

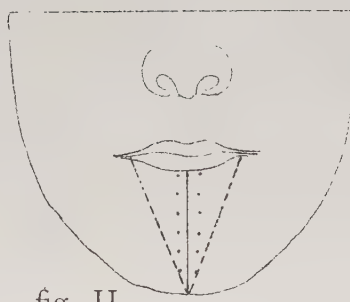


fig. II

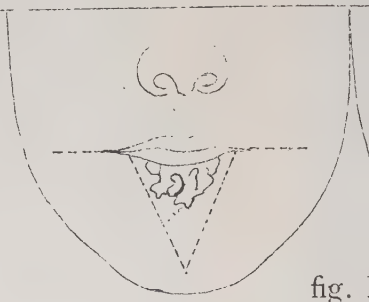


fig.

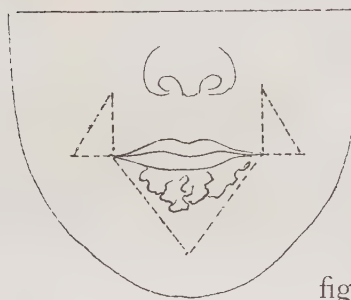


fig. V

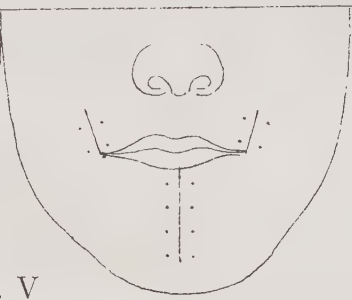


fig.

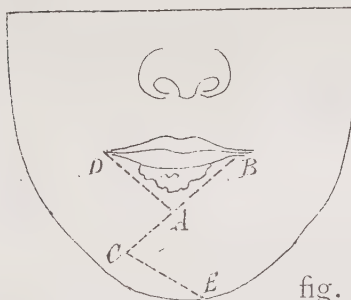
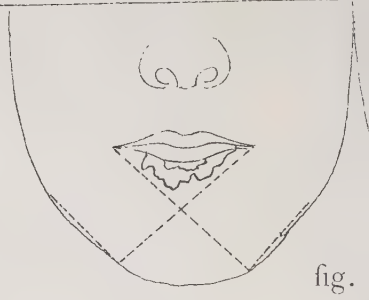


fig. VIII

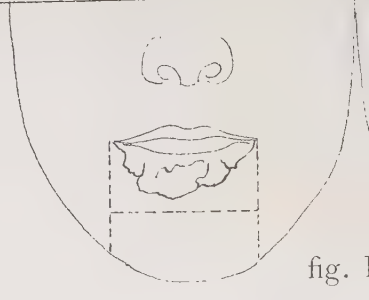
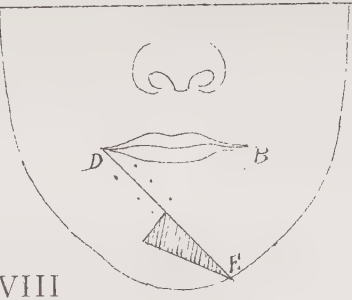


fig.

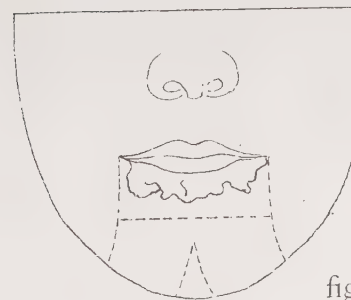


fig. XI

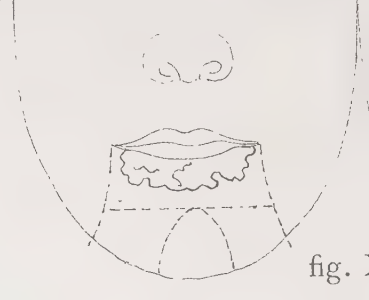
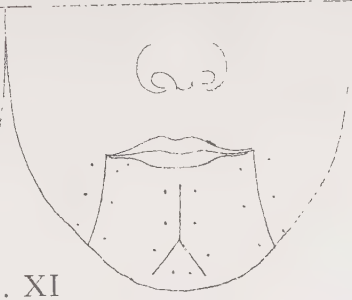


fig.

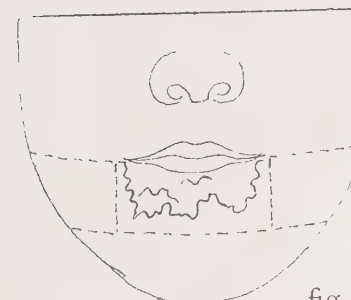


fig. XIV

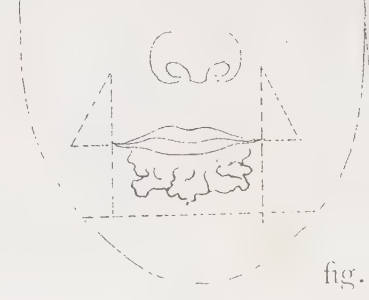
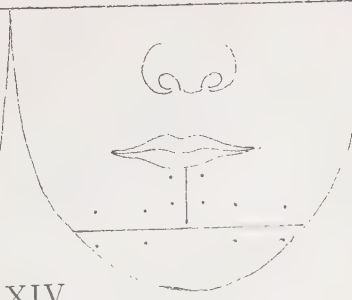
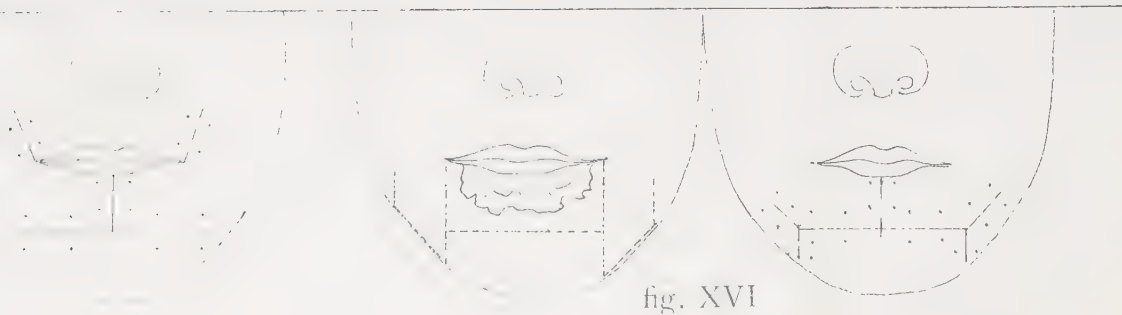
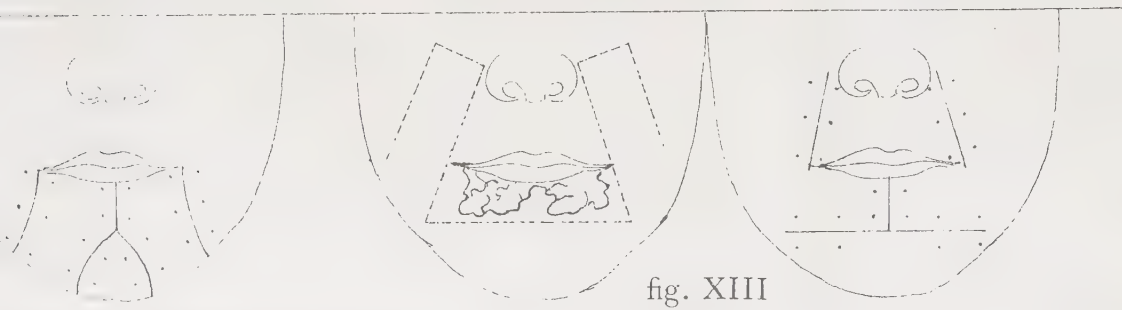
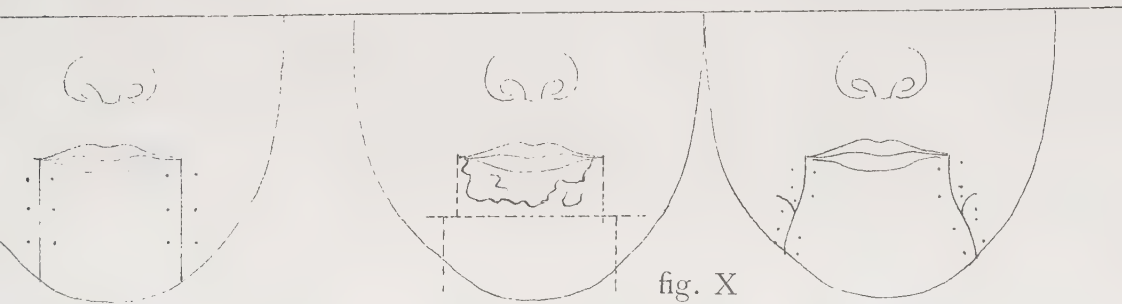
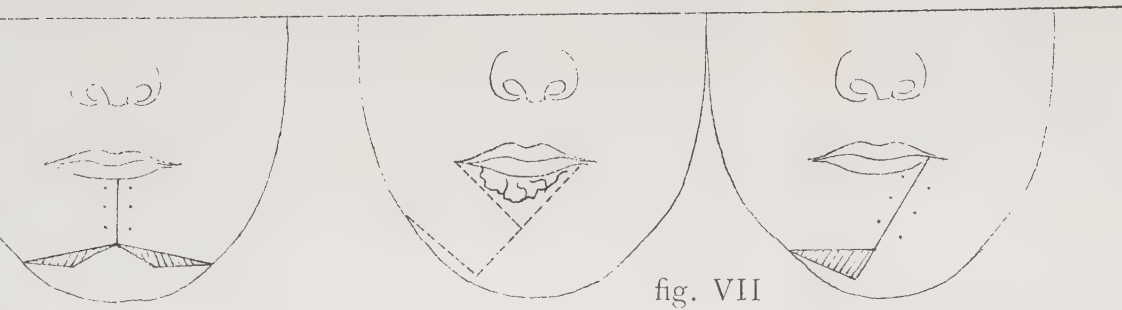
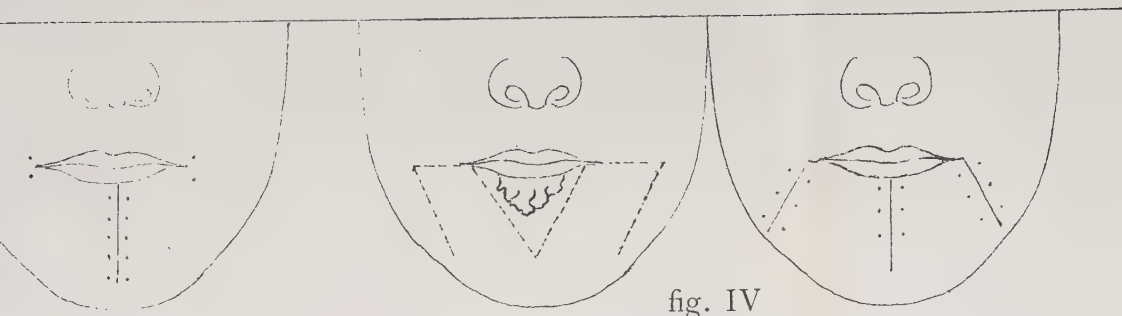


fig.

LES (1^{re} classe)

II^e groupe : Forme quadrilatère de l'exérèse.



II^e PLANCHE

Fig. XVII.	Procédé de Roux.
XVIII.	— Lisfranc.
XIX.	— Morgan.
XX.	— Ollier.
XXI.	— Berg.
XXII.	— Langenbeck.
XXIII.	— Teale.
XXIV.	— Ledran.
XXV.	— Erichsen.
XXVI.	— Otto Weber.
XXVII.	— Gross.
XXVIII.	— Gross.
XXIX.	— Otto Weber.
XXX.	— Gross.
XXXI.	— Trélat.
XXXII.	— Serre.

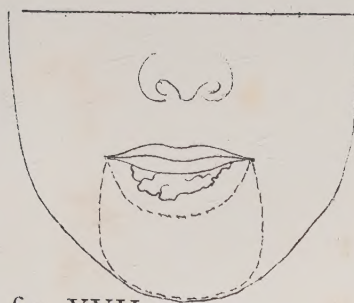


fig. XVII

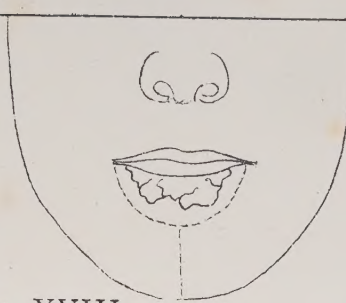


fig. XVIII

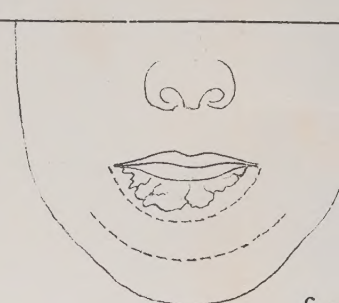


fig.

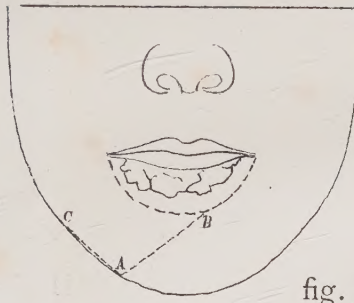


fig. XXI

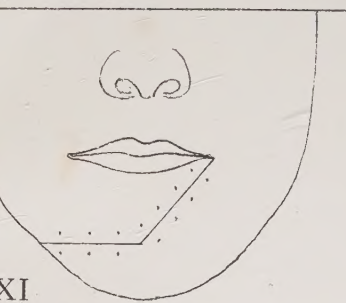


fig.

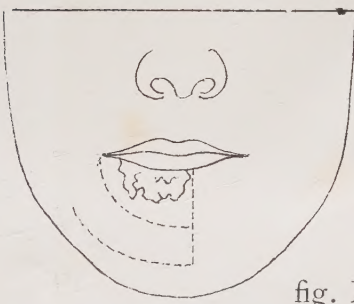
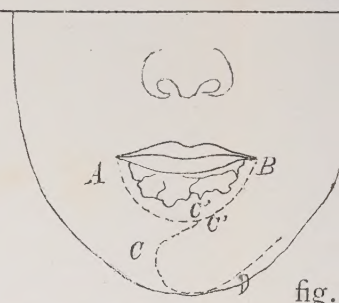


fig. XXIV

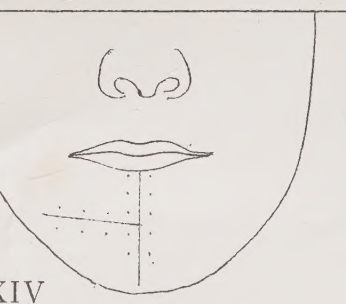


fig.

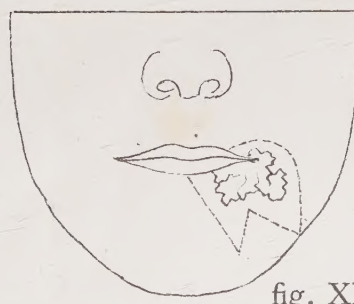
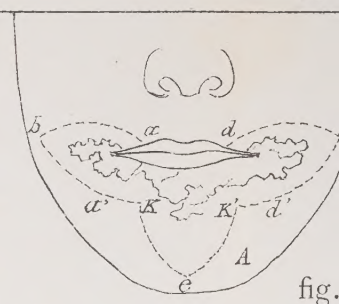


fig. XXVII

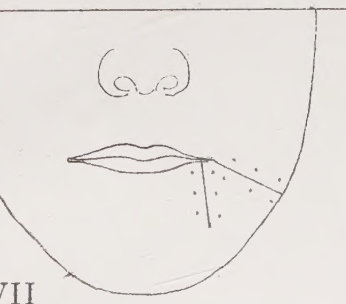


fig.

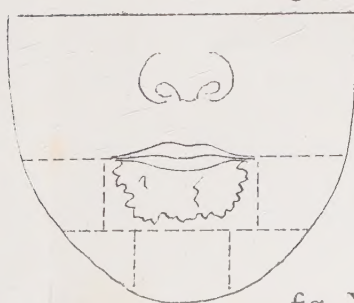
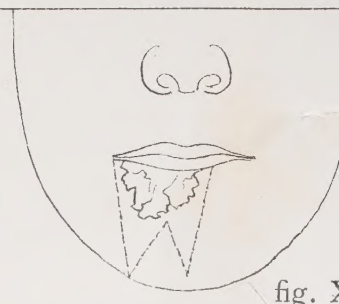


fig. XXX

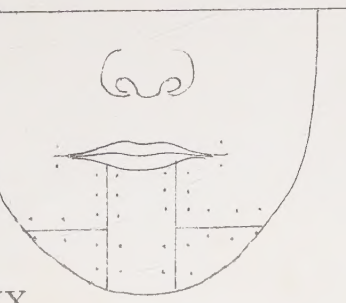
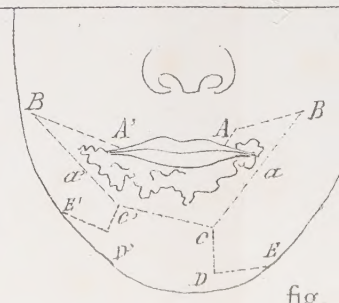


fig.



pe : Forme oblongue de l'exérèse.

Fe) : Forme irrégulière de l'exérèse.

I

